

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN- LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADA EN CIENCIAS DE
ENFERMERIA
TITULO**

FACTORES NUTRICIONALES Y CONDUCTA SEDENTARIA RELACIONADAS AL
DESARROLLO DE DISLIPIDEMIA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DEL
HOSPITAL PRIMARIO SAUCE-LEÓN, III TRIMESTRE 2018

AUTORAS:

BR.JESSY MASSIEL CHÉVEZ AYALA.

BR.SORANIA DE LOS ÁNGELES MARTÍNEZ GARCÍA.

TUTORA:

LIC. FELICIANA DIEGA ROJAS LOPEZ. MSc

ASESOR METODOLOGICO:

LIC. LESTER FIDEL GARCÍA GUZMAN. MSc

LEÓN, FEBRERO 2019

“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”

INDICE

Agradecimiento

Dedicatoria

Resumen

Contenido

Página

I.	Introducción.....	6
II.	Antecedentes.....	8
III.	Justificación.....	9
IV.	Planteamiento del problema.....	10
V.	Hipótesis.....	11
VI.	Objetivos.....	12
VII.	Marco teórico.....	13
VIII.	Diseño metodológico.....	28
IX.	Resultados	33
X.	Discusión.....	41
XI.	Conclusiones.....	46
XII.	Recomendaciones.....	47
XIII.	Bibliografías.....	48
XIV.	Anexos.....	52

DEDICATORIA.

A Dios por ser el centro de nuestra vida quien nos ha guiado en este caminar.

A nuestros padres porque creyeron en nosotras y nos impulsaron a salir adelante dándonos ejemplos dignos de superación y entrega porque en gran parte gracia a ustedes hoy podemos ver alcanzada nuestra meta, ya que siempre estuvieron apoyándonos en los momentos más difíciles de nuestra carrera.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, esperamos no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo sincero e incondicional.

Jessy Chávez Ayala

Sorania Martínez García

AGRADECIMIENTO

A DIOS; Nuestro único guía a quien le debemos todo lo que hoy somos, y por brindarnos la confianza en sí misma para realizar y culminar este trabajo con mucha sabiduría.

A nuestros padres: Por orientarnos y brindarnos apoyo incondicional tanto, moral y económico que por sus sacrificios hoy entregamos el fruto de nuestro trabajo.

Al personal del hospital primario Coronel José López del municipio del Sauce, por ser pilar fundamental en este estudio por brindarnos su colaboración; ya que sin ellos no hubiese sido posible la realización de este estudio mediante la colaboración del docente Dr. Gutiérrez, y a los pacientes por el tiempo brindado en la encuesta.

En el camino del aprendizaje siempre encontramos quien guie nuestros pasos; y nos conduzcan para que terminemos de afianzar lo aprendido y con excelente esfuerzo culminar lo que un día se empezó, por ello quiero agradecer a nuestra tutora y asesor metodológico:

Lic. Feliciano Rojas López.

Lic. Lester Fidel García.

Jessy Chávez Ayala

Sorania Martínez García

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo general Analizar los factores nutricionales y conductas sedentarias relacionados al desarrollo de Dislipidemia en pacientes mayores de 18 años del Hospital primario José Coronel López Sauce-León III trimestre 2018.

El tipo de estudio es analítico, cuantitativo de casos – controles, la población de estudio estuvo conformada por 115 pacientes diagnosticados con dislipidemia asistentes al hospital primario José Coronel López Sauce- León.

Se estudió 115 casos y 115 controles (1 caso por 1 control).

VARIABLES del estudio: factores nutricionales y conductas sedentarias relacionados al desarrollo de Dislipidemia. El instrumento utilizado fue la encuesta con preguntas cerradas que dieron respuestas a las variables en estudio.

En relación con la Alimentación el consumo de alimentos hipercalóricos resulto un factor de riesgo, en cuanto a los horarios de comidas y el lugar de consumo resulto un factor protector, la frecuencia del consumo de café resulto siendo un factor de riesgo y el índice de masa corporal e índice cintura cadera resulto siendo un factor de riesgo.

En relación a Conductas sedentarias Realizar actividad física, Frecuencia con que realiza actividad física, Tiempo que realiza actividad física, Actividad laboral, Distancia que recorre a su lugar de trabajo, Tiempo de actividad de ocio resultaron factores de riesgo no comprobados.

Tipo de actividad física que realiza, Medio de transporte que utiliza para llegar a su lugar de trabajo, Tiempo que permanece en reposo, Actividad de ocio que realiza en su tiempo libre resultaron factores protectores no comprobados.

Palabras claves: Dislipidemia, sedentarismo, factores nutricionales, conductas sedentarias.

I.INTRODUCCION

La dislipidemia constituye un problema de salud pública de causa multifactorial y está asociado a una mayor prevalencia en pacientes obesos e hipertensos. En la actualidad se observa un aumento poblacional en los pacientes que presentan dislipidemia, entre los factores se menciona el estilo y el ritmo de vida, junto con una nutrición inadecuada, alterando los niveles de lípidos y del LDL colesterol ¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo menos un 60% de la población mundial lleva un modo de vida sedentario, lo que le convierte en uno de los problemas principales de salud pública. Adoptar un estilo de vida donde el ejercicio físico forme parte esencial de la rutina diaria o semanal, junto con hábitos de alimentación saludables, aumenta significativamente la calidad de vida ².

Según estudios en países desarrollados de Europa y Asia, las prevalencias de esta alteración son muy altas, destacando como causas asociadas los malos estilos de vida y a la falta de actividad física ³.

En América Latina la prevalencia de dislipidemia ha crecido en esta última década debido a la falta de práctica de ejercicios físicos regulares, el consumo de una alimentación rica en grasa saturada y pobre en fibras. Ha aumentado especialmente en niños, en parte por el incremento de obesidad y síndrome metabólico ⁴

En el Perú la prevalencia es alta relacionada con el estado nutricional donde la obesidad abdominal es de un 38,9% y una actividad física de 23% insuficiente y que progresa según la edad siendo el sedentarismo un factor asociado a esta patología

En el Ecuador las enfermedades derivadas de la dislipidemia ocupan un 13,6% siendo una de los mayores indicadores de muerte en poblaciones vulnerables como de adultos mayores, el sexo también influye en este estudio afecta a hombres entre los 45-54 años y mujeres 55-64 años el 19,3% presentan dislipidemia mixtas.

Las personas que trabajan en las industrias que tienen el hábito de consumo de alcohol y fumado de tabaco tienen un 50% más de probabilidades de fallecer por las complicaciones características de la dislipidemia ³.

Actualmente la obesidad y el sobrepeso son considerados por la Organización Mundial de la Salud como una pandemia. Son más frecuentes en países en vías de desarrollo y en los estratos socioeconómicos bajos; junto con el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios son los principales factores de riesgo para el desarrollo de dislipidemia ⁵.

En Nicaragua esta enfermedad ha aumentado en los últimos años y se ha convertido en un problema de salud pública alarmante, a pesar de los esfuerzos del sector de salud por promover estilos de vida saludables ⁶

En el municipio del sauce, del departamento de León, la población cada vez más padece de dislipidemia, existiendo casos que no están debidamente estudiados, razón por la cual el presente trabajo estudiará los factores nutricionales y conductas sedentarias en el desarrollo de dislipidemia en pacientes mayores de 18 años atendidas en el hospital primario del sauce-León.

II.ANTECEDENTES

En el 2013 el estudio realizado por Rosa Chiqui sobre prevalencia de dislipidemia, reveló que la prevalencia de esta enfermedad es 82,4% (86,8% en mujeres y 76.5% en hombres), siendo la alteración lipídica más frecuente la del HDL-C y el factor de riesgo que mayor asociación mostró fue la presencia de sobrepeso seguido del consumo de calorías y la actividad física en ocio como factor protector ⁷.

En el año 2013 el estudio de Jonathan Alvarado, sobre determinación lipídica y factores de riesgo evidenció que los factores más frecuentes resultaron ser el exceso de peso corporal (80%), dietas poco saludable (75%), sedentarismo (70%), hipertensión arterial (64%) y la diabetes mellitus (34%). En menor proporción se encontraron los hábitos tóxicos. Entre las dislipidemia la hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia fueron las más frecuentes (>40%) y se asociaron con los antecedentes de hipertensión, sobrepeso, hábitos tóxicos, sedentarismo y dieta poco saludable ⁸.

En 2014 el estudio de dislipidemia y factores asociados realizado por Carlos Cedillo mostró la prevalencia de dislipidemia encontrada en este estudio fue del 36.2%, entre los factores de riesgo asociados se encontró en un 7.7% obesidad, 24.5% sobrepeso, 4.6% desnutrición leve, 1.0% desnutrición moderada. El 25.5% tienen una actividad física mala, el 60.2% regular y el 14.3% buena. Según el nivel nutricional el 37.2% tiene un nivel nutricional bajo. Hay asociación entre el nivel nutricional y la dislipidemia ⁹.

Entre 2015-2016 Susana Peña Cordero en su estudio Prevalencia y factores asociados a la dislipidemia realizado encontró que el 26% de adultos del estudio presentó dislipidemia, de los cuales el 11,3% presentaba hipertensión arterial, 13,3% tabaquismo y 37,1% dislipidemia mixta. Existió una relación estadísticamente significativa entre dislipidemia mixta, con: personas casadas o en unión libre, sexo masculino, mayores de 40 años, sedentarismo, obesidad y fumado ³.

III.JUSTIFICACION

Numerosos informes señalan que la dislipidemia se ha incrementado notablemente en las últimas dos décadas ya que son trastornos que favorecen el depósito de lípidos en las paredes arteriales, de tal manera que se ha convertido en un problema de salud pública ¹⁰.

Los cambios de vida han provocado que la alimentación sea deficiente en calidad, aumentando el consumo de nutrimentos como colesterol, ácidos grasos saturados y azúcares refinados, mismos que se asocian directamente al desarrollo de dislipidemia, las cuales se consideran como uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cuya detección temprana se considera un gran paso en la prevención de las mismas ¹¹.

El sedentarismo incrementa el sobrepeso, la obesidad, la hipertensión, la diabetes y el colesterol en sangre. La inactividad física es el cuarto factor de riesgo de muerte más importante en todo el mundo. El sedentarismo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la causa del 6% de los fallecimientos del planeta: 3,2 millones de personas mueren cada año por adoptar un nivel insuficiente de actividad física¹².

En los expedientes de consulta externa del hospital primario José Coronel López Sauce- León, existen registros de que se han atendido gran cantidad de pacientes con triglicéridos y colesterol elevado, con diagnóstico de dislipidemia, es alarmante el incremento de pacientes con esta patología por lo que se considera importante indagar los factores nutricionales y conductas sedentarias relacionadas a dislipidemia. Serán de gran importancia los resultados del estudio para dar a conocer:

-Al director del puesto para la implementación de estrategias que puedan orientar al personal de enfermería para mejorar la calidad de atención y para educar sobre una adecuada alimentación y conductas que mejoren su condición.

- A los pacientes y familiares brindando información necesaria, permitiendo conocer sobre factores predisponentes al desarrollo de dislipidemia, minimizando los riesgos.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las dislipidemia comprenden un conjunto de alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos como resultado de variaciones genéticas o secundarias a factores del estilo de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2011 que 2,6 millones de muertes anuales tuvieron como factor de riesgo el colesterol elevado y su prevalencia en la población mundial está en 87.9% ¹³.

Las concentraciones elevadas de los lípidos principalmente de los Triacilgliceroles (TAG), aunado a los factores sedentarismo y mala alimentación, son la combinación perfecta para desarrollar estas enfermedades, en cambio la actividad física y el ejercicio las reducen ².

Algunos factores de riesgo para presentar esta enfermedad son antecedentes familiares, obesidad, sedentarismo y una dieta rica en grasas saturadas como son las de origen animal ¹⁴.

Las dislipidemia producen obstrucción de los vasos sanguíneos que dificultan una normal irrigación y por lo tanto ocasionan enfermedades cardio vasculares con altos índices de mortalidad, el brindar información adecuada sobre los factores predisponentes disminuirá los índices de mortalidad.

En vista de lo anterior surge como problema de investigación la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre los factores nutricionales y conductas sedentarias en el desarrollo de dislipidemia en pacientes mayores de 18 años del Hospital primario José Coronel López Sauce- León, III trimestre 2018?

V.HIPOTESIS

Los pacientes que consumen una alimentación inadecuada, alta en grasa y que realizan poca actividad física son los que presentaran niveles de colesterol total mayor de 200mg/dl, triglicéridos mayores a 150mg/dl diagnosticados con dislipidemia.

VI.OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores nutricionales y conductas sedentarias relacionados al desarrollo de Dislipidemia en pacientes mayores de 18 años del Hospital primario José Coronel López Sauce-León en el III trimestre 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente la población en estudio.
- Identificar pacientes casos y controles.
- Indagar los factores nutricionales relacionados al desarrollo de Dislipidemia.
- Describir conductas sedentarias relacionadas al desarrollo de Dislipidemia.
- Identificar la asociación los factores nutricionales y conductas sedentarias con el desarrollo de dislipidemia.

VII.MARCO TEORICO

Definiciones principales:

Dislipidemia: Las dislipidemia o hiperlipidemias son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (TG) o hipertrigliceridemia¹⁵.

Sedentarismo: El término sedentario proviene del latín sedentar us, de sed re, estar sentado. La Organización Mundial de la Salud (OMS), lo definió como —la poca agitación o movimiento. En términos de gasto energético, se considera que una persona es sedentaria cuando en sus actividades cotidianas no aumenta más del 10% la energía que gasta en reposo (metabolismo basal) ¹⁶.

Factores nutricionales: El estado nutricional es el resultado de un conjunto de factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales; cuando estos factores producen una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes o impiden la utilización óptima de los alimentos ingeridos

Conducta sedentaria: Las conductas sedentarias son las que requieren muy poco gasto de energía. Incluyen conductas que comportan estar sentado o recostado (pero no de pie) y se dan en ámbitos de trabajo (remunerado o no), viajes y tiempo de ocio. El tiempo empleado en esas conductas se considera tiempo sedentario. En las conductas sedentarias frecuentes, como el tiempo empleado en ver la televisión, estar sentado en la escuela o utilizar ordenadores, los valores de equivalentes metabólicos (MET).

DISLIPIDEMIA

Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades resultantes de concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, C-HDL y C-LDL en sangre, que participan como factores de riesgo en la enfermedad cardiovascular¹⁵.

Las alteraciones se refieren en especial a colesterol, triglicéridos y las proteínas transportadoras que son las lipoproteínas de alta densidad o HDL, de baja densidad LDL y de muy baja densidad VLDL, o partículas menores del metabolismo lipídico, los quilomicrones. Para su transporte a través del medio sanguíneo los lípidos necesitan proteínas transportadoras siendo posible hablar de lipoproteínas y sus alteraciones conocidas como dislipoproteinemias. Junto al concepto dislipidemia pueden considerarse sinónimos.

El colesterol es una molécula presente en todos los seres vivos del reino animal, incluyendo al ser humano. Forma parte insustituible de las membranas celulares y es precursor de las hormonas esteroideas y de los ácidos biliares. El colesterol, por ser hidrofóbico, debe ser transportado en la sangre en partículas especiales que contienen tanto lípidos como proteínas, las lipoproteínas.

Las apolipoproteína, componente proteico de las lipoproteínas, son importantes para solubilizar los lípidos en el plasma y para vectorizar el metabolismo de las lipoproteínas. Las apolipoproteínas se unen a receptores y algunas de ellas modifican la actividad de enzimas involucradas en el metabolismo de los lípidos.¹⁶

Los niveles de colesterol en la sangre y su metabolismo están determinados, en parte, por las características genéticas del individuo y por factores adquiridos, tales como la dieta, el balance calórico y el nivel de actividad física.

El contenido de colesterol de las membranas celulares está en función de la síntesis intracelular y de la transferencia entre los distintos tejidos; por lo tanto, el transporte

plasmático de colesterol, fosfolípidos y triglicéridos, a cargo de las lipoproteínas, es fundamental en la mantención de una estructura y función celular óptima¹⁷.

Para el diagnóstico de dislipidemia es necesario medir los lípidos en sangre, los niveles de normalidad para colesterol total es menor de 200 mg/dl, triglicéridos menor de 150 mg/dl y C-HDL mayor de 40 mg/dl. . El C-LDL ha reemplazado al colesterol total, como medición primaria para evaluar el riesgo por lipoproteínas aterogénico y permanece como la medición más usada como objetivo de tratamiento¹⁵.

CLASIFICACIÓN DE LAS DISLIPIDEMIAS

Las dislipidemias se clasifican en dos grupos, primarias o secundarias. Las dislipidemias primarias responden a mutaciones genéticas (cambios en la secuencia de bases nitrogenadas del ADN) y se sospechan cuando se producen signos de dislipidemia en niños, en enfermedades ateroscleróticas prematuras y con niveles de colesterol en sangre por encima de 6,2 mmol/L.

Las dislipidemias secundarias constituyen la mayoría de los casos de dislipidemia en adultos. La causa más frecuente es el estilo de vida sedentario con ingesta elevada de grasas saturadas (como la mantecas de origen animal, la carne de cerdo y otras) y colesterol; otras causas son la Diabetes Mellitus tipo-2, el consumo excesivo de alcohol, la insuficiencia renal crónica, el hipotiroidismo, la cirrosis hepática primaria y algunos fármacos como las tiacidas, los a bloqueantes, retinoides, antirretrovirales, estrógenos, progestágenos y glucocorticoides¹⁸.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Está indicado si después de 6 meses de manejo general bien llevado (y en dislipidemias secundarias, con manejo satisfactorio de la enfermedad de base), persisten los siguientes niveles: C-LDL > 200 mg/dL sin otros factores de riesgo cardiovascular.

C-LDL > 160 mg/dL con 2 o más factores de riesgo cardiovascular personales (obesidad, HTA, C-HDL bajo, tabaquismo) o historia familiar de arterioesclerosis prematura, infarto miocárdico, accidente vascular encefálico o trombosis periférica.

C-LDL > 130 mg/dL en presencia de enfermedades de alto riesgo cardiovascular: Diabetes Mellitus, enfermedad renal crónica, sobrevivientes de tratamiento oncológico, post-trasplantados cardíacos.

Los medicamentos recomendados son: Estatinas: Son inhibidores de la Hidroximetil- glutaril- coenzima A- reductasa, que inhibe el paso limitante en la síntesis de colesterol. Su principal efecto es aumentar los receptores hepáticos de C-LDL, disminuyendo su concentración plasmática en 30 a 50%.

Sus efectos adversos más frecuentes son cefalea o molestias gastrointestinales y los más relevantes (< 1%) la elevación de transaminasas, miopatía y rabdomiolisis. No hay consenso sobre la edad de inicio; recientemente se han recomendado como primera línea en niños > 10 años y en casos específicos en > 8 años. En las adolescentes deberá considerarse el posible efecto teratogénico y prevenir el embarazo.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento es el cambio del estilo de vida, logrando un estado nutricional normal. Dieta y control del peso: Es la medida más importante, la dieta con 25-30% de calorías grasas, restringida en sacarosa o fructosa y sin alcohol. Se incentiva además el consumo de pescado, cuya ingesta regular 1-2 veces por semana disminuye el riesgo cardiovascular en adultos: por cada 20 g/día de incremento (sobre un basal de 250 g semanales), se reduce en 7% el riesgo de enfermedad coronaria fatal.

Suplementos: Se recomienda la adición de concentrados de aceite de pescado ricos en ácidos grasos Omega 3 (2-4 g/día), cuando persistan TG > 180 mg/dL pese a medidas dietéticas. Los ácidos eicosapentanoico y docosahexanoico (EPA y DHA)

tienen alta afinidad por enzimas que participan en la síntesis de TG; inhiben su síntesis y estimulan la β -oxidación hepática. En dichas dosis pueden disminuir TG hasta en 45%. El efecto colateral más frecuente es el aliento y sudor con olor a pescado, lo cual disminuye la adherencia¹⁹.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS ASOCIADAS AL DESARROLLO DE DISLIPIDEMIA

Se ha encontrado en otros países que la incidencia de dislipidemias es mayor conforme se avanza en edad, siendo así más común entre pacientes de los 40 años en adelante, teniendo o no comorbilidades. Las guías canadienses para el rastreo de pacientes con posibilidad de riesgo incluyen a hombres de 40 años a más y mujeres mayores de 50 años o más o post menopáusicas.

Según lo anterior, pacientes arriba de los 40 años estarían predispuestos a padecer dislipidemia, y conforme avanzan en edad el riesgo aumenta de manera exponencial, pero dependiendo del estilo de vida que cuando eran jóvenes llevaban, no es lo mismo un joven que nunca fumo ni bebió a aquel que si lo hizo, tendrá más predisposición aquel que practico dichos hábitos los cuales se reflejaron en su senectud, no solo del tipo dislipidemia, sino también en otras patologías endocrino metabólicas.

Se ha logrado investigar que personas del sexo masculino son más afectados que mujeres principalmente por la fisiología en sí, ya que mujeres pre menopáusicas son menos afectadas que las post menopáusicas.

Existe asociación de los andrógenos con los triglicéridos, dependiente de la concentración de andrógenos, el potencial androgénico relativo y el medio hormonal. Los andrógenos solo se relacionan a VLDL-TG en el estado deficiente de estrógenos. El tratamiento con testosterona y estrógenos disminuye el colesterol y aumenta el colesterol LDL, mientras el colesterol HDL y los triglicéridos no se modifican.

Respecto al nivel educativo, se observa que se comporta de forma similar al nivel de ingresos. Ciertas enfermedades son más comunes entre las personas con pocos estudios mientras que otras tienen mayor prevalencia entre aquellos con más formación académica.

FACTORES NUTRICIONALES RELACIONADOS AL DESARROLLO DE DISLIPIDEMIA

DIETA

Es necesario modificar los aspectos relacionados con la alimentación y la actividad física que afectan el colesterol LDL. Mediante la promoción de estilos de vida saludables para contribuir a mejorar los niveles de colesterol. El manejo dietético muestra reducción de c-LDL en 5-30% dependiendo del individuo. Los cambios obtenidos en la dieta se pueden observar después de 4 semanas.

Siendo quizá uno de los factores con mayor protagonismo tanto en la génesis como mantenimiento de las dislipidemias, así como de otras patologías como lo son hipertensión y diabetes mellitus. La evidencia con relación al tipo de dieta que favorece el mantenimiento de la salud es controversial. Existen estudios que han mostrado un incremento en la salud de la población cuando en la dieta se reduce la frecuencia de consumo de grasas saturadas y azúcar refinada y se aumenta el consumo de frutas vegetales y fibra.

En pacientes con Hipertrigliceridemia una reducción en la ingesta de alcohol y carbohidratos refinados, el aumento en el consumo de omega 3 y omega 6 y grasas poliinsaturadas produce un efecto en la reducción de los triglicéridos y aumenta el colesterol HDL. Debe reducirse la ingesta calórica de 300-500 Kcal/día; una dieta con limitación de grasas, que aporte 25-40 gr de fibra, (como mínimo de 7-13 gr de fibra soluble) se tolera bien, es efectiva y está recomendada para el control de lípidos plasmáticos.

TIPOS DE NUTRIENTES

HIDRATOS DE CARBONO Y FIBRA

La ingesta de hidratos de carbono puede variar entre el 45 y el 55% de la energía total. Debe recomendarse el consumo de verduras, legumbres, fruta fresca, frutos secos y cereales integrales, además de otros alimentos ricos en fibra con bajo índice glucémico. Una dieta con limitación de grasas que aporte 25-40 g de fibra (como mínimo 7-13 g de fibra soluble) se tolera bien, es efectiva y está recomendada para el control de lípidos plasmáticos.

También se recomienda comer alimentos con una gran cantidad de fibra soluble, ya que esta se une a las grasas en el intestino y contribuye a reducir el colesterol. Entre estos alimentos se encuentran el salvado, la avena, los frijoles o alubias, los guisantes, el arroz integral, la cebada, los cítricos, las fresas y la pulpa de manzana²⁰.

Por el contrario, no existe ninguna justificación para recomendar una dieta baja en hidratos de carbono. La ingesta de azúcares no debe exceder el 10% de la ingesta calórica total (además de la cantidad presente en alimentos naturales como la fruta y los lácteos); en personas que necesitan adelgazar o con TG altos, el consumo de azúcares debe ser más restrictivo. Para la población general se recomienda un consumo moderado de bebidas sin alcohol (refrescos, etc.) y su consumo debe ser drásticamente limitado en personas con TG altos.

GRASAS

La ingesta total de grasa recomendada para adultos es de un 25-35% de las calorías. Para la mayoría de las personas es aceptable el consumo de distintos tipos de grasa, dependiendo de las preferencias y las características individuales. Una ingesta de grasa superior al 35% de las calorías se asocia generalmente a un aumento del consumo de grasas saturadas y calorías. Por el contrario, una ingesta baja y aceites aumenta el riesgo de un aporte insuficiente de vitamina E y ácidos grasos esenciales que pueden contribuir a cambios desfavorables en las HDL.

Para mejorar las concentraciones de lípidos plasmáticos, la ingesta de grasa saturada debe ser inferior al 10% de la ingesta calórica total. En caso de hipercolesterolemia, la ingesta de ácidos grasos saturados debe reducirse aún más¹⁷.

Una alimentación con poca cantidad de grasas saturadas y de colesterol reduce los valores de colesterol de las LDL. Se recomienda limitar las calorías procedentes de las grasas a no más del 25% o del 35% del total de las calorías consumidas durante varios días. Sin embargo, las personas con concentraciones elevadas de triglicéridos también necesitan evitar el consumo de grandes cantidades de azúcar (ya sea en alimentos o en bebidas), de harina refinada (como la que se usa en la mayoría de los productos comerciales horneados) y de alimentos con almidón (como las patatas y el arroz).

El tipo de grasa consumida es importante. Las grasas pueden ser saturadas, poliinsaturadas o monoinsaturadas. Las grasas saturadas aumentan la concentración de colesterol en mayor medida que otras grasas; dichas grasas no deben aportar más del 7% del total de las calorías que se consumen al día. Las grasas poliinsaturadas (que incluyen los ácidos grasos omega-3 y omega-6) ayudan a disminuir los niveles de triglicéridos y de colesterol de las LDL en la sangre

Hay grandes cantidades de grasas saturadas en la carne, en la yema de huevo, en los productos lácteos no descremados, en algunos frutos secos (como la macadamia) y en el coco. Los aceites vegetales contienen cantidades menores de grasas saturadas, pero solo algunos tienen realmente pocas grasas saturadas²⁰.

Las grasas ingeridas deben ser insaturadas en forma de aceites vegetales. Los aceites vegetales que no se deben consumir son los de coco y de palma porque son muy ricos en ácidos grasos saturados que aumentan los niveles de colesterol en sangre. Los pacientes con exceso de peso corporal se animan a bajar de peso con

dietas hipocalóricas y los sujetos hipertensos necesitan reducir el consumo de sodio (sal de mesa).

También debe limitarse la cantidad de vísceras consumidas, sobre todo el seso (cerebro) y el hígado, que son ricas en colesterol. La leche y sus derivados se deben consumir sobre todo desnatados²¹.

HABITOS ALIMENTICIOS

En los últimos años los patrones alimentarios han sido modificados haciéndose irregulares, el saltar comidas, así como comer entre horas, es habitual que coman fuera de su hogar alimentos no nutritivos y en cambio son ricos en azúcares y grasas.

El desayuno y el almuerzo son los alimentos que principalmente se saltan siendo las actividades sociales y laborales las principales causantes de la ausencia en el hogar. En algunas oportunidades comen muy poco en el día y lo hacen exageradamente por la tarde. Este exceso puede producir sobre peso y desórdenes alimenticios ya que las comidas rápidas son muy bajas en frutas y hortalizas²².

Los bajos niveles en las HDL, una vida sedentaria, que suele ir acompañada por una mala alimentación y un mal descanso, desemboca irremediablemente en un deterioro del organismo y, en muchos casos, en una enfermedad crónica²³.

Imbalance entre la ingesta y el gasto calórico, el sedentarismo, la dieta rica en grasas saturadas y azúcares refinados, contribuyen en gran parte, a las alteraciones lipídicas del paciente. Los cambios en el estilo de vida (dieta, ejercicio, reducción de obesidad abdominal), continúan siendo la piedra angular, en el tratamiento de la mayoría de las dislipidemia.

COMIDA CHATARRA

Se conoce como comida chatarra, a los alimentos que generalmente son industrializados o procesados, nutricionalmente desbalanceados y con un contenido alto de carbohidratos simples, grasas saturadas y sal; normalmente se lo consume por placer y por palatabilidad antes que por salud. Además contienen aditivos

químicos, colorantes, saborizantes y su variedad de nutrientes es muy pobre. Generalmente estos están relacionados con obesidad, enfermedades cardíacas, diabetes mellitus tipo II, caries, hipertensión arterial e hipercolesterolemia²⁴.

Existe información que explica los riesgos que provoca el consumo diario o frecuente de estos alimentos; se indican listas de alimentos que deben evitarse, tales como las hamburguesas, los hot dogs, las papas fritas y los aros de cebolla, por su alto contenido de grasa y sodio, las donas y la pastelería en general por su elevada proporción de carbohidratos, azúcar y grasa; las gaseosa y los refrescos, abundantes en azúcar; las golosinas, snack o boquitas, altos en sodio y grasa, algunos de ellos, además, elevados en azúcar²⁵.

CONSUMO DE CAFEINA

Dentro de los componentes del café, el cafestol y el kahweol, pertenecientes al grupo de diterpenos, están relacionados con aumentar el nivel de colesterol en la sangre. Su acción principalmente consiste en bloquear a la proteína que activa la regulación de la biosíntesis del colesterol, lo que inhibe que se sintetice y se acumule en la sangre y en otros tejidos. Aunque ambos componentes pueden ocasionarte hipercolesterolemia, el cafestol tiende a presentar un mayor efecto, y la concentración de estos diterpenos varía de acuerdo al tipo de café y su preparación.

En la preparación de café hervido se extraen mayor cantidad de diterpenos por el contacto prolongado con el agua caliente, entretanto que en la preparación con el café. El tiempo menor de contacto con el agua caliente, la retención de los diterpenos por el papel los contenidos de cafestol y kahweol es mucho menor.

Se ha encontrado aumento de colesterol total y LDL en los tomadores de café hirviente (turco). Se observaron aumentos de colesterol y LDL en los tomadores de café hirviente y muy escaso cambios en los tomadores de café con filtro²⁶. Algunos estudios indican que el consumo de cinco tazas de café de prensa francés por día (10 a 13 miligramos de cafestol) durante cuatro semanas eleva el colesterol en la sangre el 6 a 8 por ciento²⁷.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

Las dislipidemias se suelen asociar con otras patologías como las alteraciones ponderales, tanto el sobrepeso como la obesidad, por lo que el estudio de las variables lipídicas en estos individuos suele ser protocolar en la práctica médica y son motivo de interés ya que ambas condiciones son consideradas factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

El empleo de métodos sencillos para estimar la adiposidad, tales como el cálculo del IMC, puede permitir al clínico por un lado establecer el diagnóstico de obesidad y por el otro, predecir el riesgo de padecer alteraciones metabólicas como las dislipidemias y la DM. En base a esto, diversos estudios han demostrado la asociación entre obesidad y las alteraciones lipídicas, reportándose un aumento en las frecuencias de hipercolesterolemia y HDL-C bajas a medida que se aumenta el IMC tanto en hombres como en mujeres de diferentes grupos étnicos.

La obesidad, también se ha asociado con la presencia de dislipidemia en la que se incluye al incremento en los triacilglicéridos plasmáticos, reducción en los niveles de HDL-C y aumento en los niveles de partículas de LDL-C pequeñas y densas.

Tal como se ha expuesto, la obesidad determinada por el IMC, puede ser utilizada como un método para evaluar el riesgo a padecer dislipidemia, sin embargo, otros métodos para estimar adiposidad son utilizados en la práctica médica, dentro de los cuales figura la medición de la circunferencia abdominal, la cual se ha aceptado como el mejor predictor antropométrico de adiposidad abdominal (obesidad abdominal) y riesgo metabólico puesto que evalúa indirectamente la cantidad de grasa visceral del individuo cuyo aumento condiciona un incremento en el riesgo de padecer dislipidemias.

No obstante, otros índices antropométricos se han estudiado en virtud de la búsqueda de una mayor sensibilidad y especificidad a la hora de detectar individuos en alto riesgo de padecer estas condiciones, como por ejemplo el índice cintura altura (circunferencia abdominal/altura), el cual también determina de manera indirecta la adiposidad visceral ya que incluye dentro de su análisis a la circunferencia abdominal y a su vez la corrige con la talla del individuo,

estableciendo un índice cuyo aumento se traduce en un riesgo incrementado a padecer eventos cardiovasculares y una estrecha relación con la presencia de alteraciones metabólicas y dislipidemia²⁸.

CONDUCTAS SEDENTARIAS RELACIONADAS AL DESARROLLO DE DISLIPIDEMIA

Las conductas sedentarias constituyen uno de los grandes factores de riesgo que explican las proporciones epidémicas actuales de las enfermedades no transmisibles. La obesidad y el sedentarismo son condiciones vinculadas intrínsecamente; juntas son responsables de un gran número de enfermedades crónicas y de la disminución de la calidad de vida. A largo plazo sus efectos dañinos no solo influyen en el peso corporal, sino en alteraciones de todos los órganos y sistemas del cuerpo.

El sedentarismo es un problema cultural, por ende, la actividad física está asociada a factores sociales y culturales situación descrita en algunos trabajos que abordan la práctica de la actividad física de manera masiva en los diferentes contextos y núcleos urbanos²⁹.

Es importante recordar el sedentarismo como causa de bajos niveles en las HDL. Una vida sedentaria, que suele ir acompañada por una mala alimentación y un mal descanso, desemboca irremediablemente en un deterioro del organismo y, en muchos casos, en una enfermedad crónica²³.

ACTIVIDAD FISICA

Otro factor modificable y además importante es la actividad física; varias personas sobre todo aquellas de zonas rurales piensan que la actividad física se resume a sus trabajos como agricultores. El sedentarismo físico es la carencia de ejercicio físico en la vida cotidiana de una persona, lo que por lo general pone al organismo humano en una situación vulnerable ante enfermedades, especialmente cardíacas.

El sedentarismo físico se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en sociedades altamente tecnificadas en donde todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos en donde las personas se dedican más a actividades intelectuales. Paralelo al sedentarismo físico está el problema de la obesidad, patología preocupante en los países industrializados.

La inactividad física tiene profundos efectos negativos en el metabolismo lipídico en colesterol LDL pero puede ser prevenido realizando ejercicio en forma regular moderada.

La persona sedentaria no gasta las grasas que consume y estas son almacenadas en áreas como el abdomen, lo que aumenta su volumen. Contrariamente a lo que se piensa, que reduciendo la cantidad de alimentos con las dietas se reduce el volumen de grasas, las dietas sin un régimen deportivo lo único que hacen es activar dichos "almacenes de grasa"¹⁷.

Una dieta sin deporte está condenada al fracaso. Debilitamiento óseo; la carencia de actividad física hace que los huesos y los músculos pierdan fuerza y se debiliten, lo que puede derivar en enfermedades óseas como la osteoporosis, que se manifiesta en un debilitamiento de los huesos.

La actividad física regular, con estimulas de tres veces semanales como mínimo, promueve diferencias significativas en los índices que predicen la grasa corporal, disminuye significativamente los riesgos de contraer diversas enfermedades como: enfermedades de origen coronario, (DAC), hipertensión, resistencia a la insulina, dislipidemia, etc., influyendo positivamente sobre aspectos relacionados con la calidad de vida de los individuos¹⁶.

ACTIVIDAD LABORAL

Actualmente una gran cantidad de trabajadores pasa más de 40 horas a la semana, sentado en el escritorio frente a una pantalla de computador. La falta de movilidad

corporal en el trabajo contribuye a tener una vida sedentaria y puede afectar nuestra salud mucho más allá de lo que imaginamos. Según la Organización Mundial de la Salud, una vida sin mucha actividad física, constituye el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo, solo superado por la hipertensión, el consumo de tabaco y el exceso de glucosa en la sangre.

El sedentarismo conlleva una serie de riesgos asociados; el uso de medios tecnológicos como el computador, está directamente relacionado con el sobrepeso y la obesidad. Estudios sobre el tema, revelan que las personas que pasan mucho tiempo sentadas, en trabajos de escritorio, son propensas a sufrir estos problemas de salud. De hecho, investigaciones recientes han demostrado que las personas riesgo para sufrir enfermedades cardiovasculares y diabetes de tipo 2, ambas asociadas al síndrome metabólico.

Además, se ha comprobado la relación entre la inactividad física con la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, el estrés y la angustia emocional, demostrando que las conductas sedentarias conllevan un incremento de dichos desordenes psicológicos. Además de estos, se ha confirmado que la depresión mantiene una relación inversa con la práctica de actividad física.

Sin duda, la actividad física es fundamental para una vida saludable. Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y la dislipidemia tienen su origen en la obesidad infantil. Por ello, realizar ejercicio provoca una reducción del riesgo a padecer enfermedades de este tipo, por conllevar un menor riesgo de padecer obesidad³⁰.

TIEMPO EN REPOSO

El grupo de enzimas de tipo Lipoproteinlipasa o LPL residen en el revestimiento de los vasos sanguíneos de los músculos y en otros tejidos que utilizan los ácidos grasos como sustratos, o para el anabolismo de los lípidos. Entonces, a nivel de diversos tejidos en el organismo humano (capilares de los músculos y adipositos), la LPL se encarga de hidrolizar los TG.

Además, esta enzima es necesaria para el desarrollo de los constituyentes estructurales que forman parte de la HDL. Como resultado, una actividad deficiente de la LPL se encuentra asociada con elevadas concentraciones séricas de TG y bajos niveles de HDL-C. Consecuentemente, esto constituye un riesgo significativo para las cardiopatías coronarias.

Concentraciones disminuidas de LPL se han reportado en aquellos músculos esqueléticos que han reducido su actividad contráctil, a corto y largo plazo. Esto es preocupante, pues presenta un riesgo para la adquisición de trastornos metabólicos y cardiovasculares.

Diversos estudios científicos han comprobado que los niveles reducidos de la LPL se encuentran vinculados con un aumento en los TG plasmáticos, disminución en la HDL-C sérico, algún efecto sobre la hipertensión, diabetes ocasionada por trastornos de los lípidos, problemas de tipo metabólico que ocurre con la edad avanzada, síndrome metabólico para humanos y un incremento para el riesgo de adquirir una cardiopatía³¹.

ACTIVIDADES DE OCIO

Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Esto se debe en parte a la insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas.

La ausencia de actividad física y el tiempo excesivo de horas dedicadas a la televisión, que de manera independiente son factores que predicen el sobrepeso y dislipidemia. En un estudio previo se identificó, que dos de esas variables se relacionaban con el incremento de IMC del siguiente modo: por un lado el tiempo total de ocio sedentario (horas de televisión consola y ordenador) predecían el incremento del IMC y dislipidemia, y por otro, la falta de sueño predecía la cantidad de ocio sedentario³².

VIII.DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Analítico, cuantitativo de casos – controles.

Analítico: Se describió la dislipidemia en una población y Analizo las relaciones entre la dislipidemia y las variables factores nutricionales y conductas sedentarias.

Casos: Pacientes a los que se les realizaron las pruebas y resultaron con valores fuera de los rangos normales para dislipidemia.

Controles: Pacientes a los que se les realizaron las pruebas y resultaron con valores en rangos normales.

Área de estudio: Se realizó en el hospital primario José Coronel López ubicado en el municipio del Sauce –León. Único hospital primario del sauce ubicado en la zona II al noroeste del municipio, fundado en el 2011 con el fin de brindar atención médica a la población de manera gratuita, cuenta con un personal de 98 trabajadores , brinda los servicios de consulta externa ,medicina interna, ginecología ,pediatría, cirugía, laboratorio, inmunización y los demás servicios estipulados por el MINSA ,atiende una población de 31,320 entre zona rural y urbana del municipio, limitando al norte reparto Santa Teresa, al sur reparto Tomas Castillo ,al este comarca camino la Jícara , al oeste finca Ramón Matute, el municipio cuenta con una iglesia ,cancha municipal ,gimnasios y supermercados .

Las principales actividades de la población son: la ganadería, el comercio y la agricultura.

Unidad de análisis: Un total de 400 pacientes a los que se le tomaron las muestras en el hospital primario José Coronel López municipio del Sauce -León durante el primer trimestre 2018.

Población de estudio: Estuvo conformado por 115 pacientes diagnosticados con dislipidemia asistentes al hospital primario José Coronel López Sauce- León.

Se estudiara 115 casos y 115 controles (1 caso por 1 control)

Fuentes de información:

Primaria: Paciente con dislipidemia según resultados de laboratorio (casos)

Paciente con resultados normales según análisis de laboratorio (controles)

Secundaria: Registros del hospital, expedientes,

Definición del caso: Paciente que hayan presentado resultados con criterios diagnósticos de colesterol total mayor de 190mg/dl, triglicéridos mayores a 150mg/dl, diagnosticado por el médico internista de hospital primario José Coronel López Sauce- León.

Definición del control: Paciente que hayan presentado resultados con criterios diagnósticos de colesterol total de 190mg/dl, triglicéridos a 150mg/dl o inferiores a estos parámetros y que resulten convenientes para realizar el estudio, diagnosticado como negativo para dislipidemia por el médico internista del hospital primario José Coronel López Sauce- León.

Criterios de inclusión (casos):

- Cumplir la definición de caso.
- Personas de ambos sexo.
- Asistentes al hospital primario sauce-León
- Mayores de 18 años.
- Acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de inclusión (control):

- Cumplir la definición de control
- Asistentes al hospital primario sauce-León.

- mayores de 18 años
- Acepten firmar el consentimiento informado.

Variables del estudio:

Dependiente:- Dislipidemia.

Independiente:

- Factores nutricionales.
- Conductas sedentarias.

Método de recolección de la información: Se estableció contacto con los encargados del hospital primario sauce-León donde se realizó el estudio para obtener los permisos necesarios, los pacientes se seleccionaron de la consulta externa con resultados de laboratorio de los que resultaron alterados tomaremos nuestros casos y los que resultaron en parámetros normales serán nuestros controles y así se aplicó el instrumento que consistió en un cuestionario con preguntas cerradas, con previa ubicación de domicilio donde se ubican los investigados, se explicó de forma verbal la descripción de los objetivos con previo consentimiento informado y su autonomía para continuar o retirarse cuando considere pertinente, así como la confidencialidad de la información recolectada, el llenado del instrumento se llevó a cabo en el municipio del Sauce donde se visitó casa a casa, se entregó el cuestionario brindándoles el debido tiempo para su realización y dudas sobre el cuestionario, se realizó control de calidad por parte de los investigadores para evitar que queden preguntas sin responder.

Técnica e instrumentos de recolección de datos: Conto con tres aspectos, datos sociodemográficos, factores nutricionales y conductas sedentarias, la recolección de la información se llevó a cabo por medio de cuestionario con preguntas cerradas previamente elaboradas con respuestas dicotómicas y múltiples donde se reflejara la información brindada por el paciente asistentes al hospital primario José Coronel López Sauce –León, el cuestionario se realizó directo con el paciente.

Prueba de campo: Se realizó prueba piloto a 11 pacientes casos y 11 controles que no pertenecían al estudio, ni al periodo de tiempo en que se realizó tomando en cuenta el 10% de la población en estudio, permitiendo constatar la viabilidad y veracidad de las preguntas siempre y cuando estas cumplan las características de la población a investigarse para obtener autenticidad y exactitud.

Procesamiento y análisis de la información:

La información se procesó en el programa estadístico SPSS versión 22. El análisis de la información se llevó a cabo a través de estadística analítica y usando tablas de contingencia 2x2 para la organización de los datos. Se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado (X^2), cuando X^2 es menor de 0.05 hay relación entre variables, cuando X^2 es mayor de 0.05 las variables son independientes una de la otra, se utilizó la prueba Odds Ratio, razón de momios o OR para calcular el riesgo que toma una variable, un OR menor de 1 indica un factor protector, mientras que un OR mayor de uno indica un factor de riesgo si el OR es igual a 1 es un factor no asociado.

El análisis se realizó con un intervalo de confianza del 95% por lo cual se utilizara el límite inferior y superior para comprobar significancia estadística de las variable Ln que contengan la 1 no hay significancia estadística, mientras que un Ln que no contenga la 1 si hay significancia estadística. La información se presentó atreves de tablas y gráficos.

Utilizaremos el tes (ECA) escala de consumo alimentario

No existe una definición categórica sobre una alimentación saludable y no saludable, dado que lo que se piensa sobre estos depende entre otras variables de la frecuencia con la que se consumen. Para estimación: 5-nada saludable, 4-poco saludable, 3-regularmente saludable, 2-saludable,-1 muy saludable. Para la sección de frecuencia de consumo fueron 1= nunca 2=1 vez al mes 3=1 vez a la semana 4=2 o tre veces a la semana 5= diariamente

Se clasifico considerando el tipo de platillo . Asi el factor 1= alimentos consumidos fuera de casa de facil acceso , 2= alimentos con alto contenido de grasa ,3=fibras ,4=carnes rojas, 5= lacteos

Aspectos éticos:

Consentimiento informado: Se solicitó la participación voluntaria de las personas en estudio, explicando los objetivos de la investigación. Los pacientes firmaron el documento de consentimiento informado.

Autonomía: El participante en el estudio tienen la libertad de retirarse de este, cuando él lo considere conveniente, tuvo el derecho a decidir si permitirá que la información brindada durante el tiempo que participo pueda ser usada en el estudio.

Confidencialidad: La información obtenida se manejó únicamente por el equipo investigador y solo se utilizara para fines del estudio

Anonimato: Se explicó al paciente que no se tomaron no se solicitara ningún tipo de identificación al momento de recolectar la información, ni datos que pudieran poner en riesgo la identidad e integridad de las personas que participaron en la investigación.

Limitaciones del estudio

El estudio presento algunas limitantes pues no se realizó el total de las encuestas ya que 15 pacientes casos no se pudieron encontrar debido a que algunos no coincidieron sus direcciones por ende no se cumplió con los 15 controles

IX RESULTADOS

En el estudio sobre factores nutricionales y conductas sedentarias relacionados al desarrollo de Dislipidemia en pacientes mayores de 18 años del Hospital primario José Coronel López Sauce-León en el III trimestre 2018, se contó con una población de 230 pacientes de los cuales 115 fueron casos y 115 controles. Se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación a características sociodemográficas predomina el sexo femenino, procedencia urbana, la mayoría tienen religión católica y secundaria completa, la moda de la edad fue 40 años y la media de 37.59. (Ver tabla 1)

Tabla 1 : Datos sociodemográficos de pacientes mayores de 18 años del hospital primario José Coronel López, Sauce León, III trimestre 2018

Variable	Indicador	n	r
Sexo	Masculino	92	46
	Femenino	108	54
Procedencia	Urbano	130	65
	Rural	70	35
Religión	Católico	92	46
	Evangélico	80	40
	Testigo de Jehová	17	9
	Mormón	8	4
	Otros	3	1
Escolaridad	Primaria comp	35	18
	Primaria incomp	25	13
	Secundaria comp	51	26
	Secundaria incomp	41	20
	Técnico	9	4
	Universidad	39	19
	total	200	100
Edad	Media	38	
	Moda	40	

El sexo de los participantes en relación al desarrollo de dislipidemia mostró un χ^2 : 0.081, su OR:1.084 y sus límites Lni 0.621 Lns 1.890(ver tabla 2)

Tabla 2. Sexo en relación a la enfermedad, de los participantes

Sexo	Dislipidemia		Total
	Si	No	
Masculino	47	45	92
Femenino	53	55	108
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta X^2 : 0.081 OR:1.084 Lni 0.621 Lns 1.890

FACTORES NUTRICIONALES

Al evaluar el tipo de alimento que se consume con más frecuencia en relación al tipo de dieta se encontró que los que más se consumen son los productos lácteos seguidos de alimentos con alto contenido de grasas y comida chatarra (ver tabla 3)

Tabla 3. Alimentos consumidos con más frecuencia

Alimentos	n	r
Alimentos con alto contenido de grasas	55	28
Comida chatarra	30	15
Carnes rojas	23	12
Lácteos	73	35
Fibras	19	10
Total	200	100

Fuente: Encuesta

Cuando se clasifico el tipo de dieta que consumen, con el desarrollo de dislipidemia, se encontró un X^2 :0.024 y un OR de 2.053 sus límites naturales fueron de Lni 1.777 y Lns 2.371 (ver tabla 4).

Tabla 4 .Tipo de dieta de los participantes

Tipo	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Adecuada	5	0	5
Inadecuada	95	100	195
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta X^2 :0.024 OR: 2.053 Lni 1.777 Lns 2.371

En relación al consumo de **alimentos hipercalóricos** con el desarrollo de dislipidemia se encontró un X^2 :0.001 y un OR de 2.922 sus límites naturales fueron de Lni 1.641 y Lns 5.201 (ver tabla 5).

Tabla 5. Consumo de alimentos hipercalóricos

Alimentos hipercalóricos	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Si	59	33	92
No	41	67	108
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta X^2 :0.001 OR: 2.922 Lni 1.641 Lns 5.201

En cuanto a la **frecuencia del consumo de alimentos hipercalóricos** menos de tres veces a la semana en relación al desarrollo de dislipidemia se encontró un X^2 :0.155 y un OR 0.495 sus límites naturales fueron Lni 0.430 y Lns 0.570 (ver tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia con que consume alimentos hipercalóricos

Frecuencia de consumo	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Más de tres veces a la semana	100	98	198
Menos de tres veces a la semana	0	2	2
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta X^2 : 0.155 OR: 0.495 Lni 0.430 Lns 0.570

Al medir los **Horarios de comida** y su relación con el desarrollo de dislipidemia se encontró para los horarios irregulares de consumo de alimentos X^2 : 0.020 y un OR 0.961 sus límites naturales fueron Lni 0.5521 y Lns 0.673 (ver tabla 7).

Tabla 7. Horario en que consume sus comidas

Horario en que consume sus comidas	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Regulares	49	50	99
Irregulares	51	50	101
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta X^2 :0.020 OR:0.961 Lni 0.552 Lns .673

Al medir el **lugar de consumo de alimentos** y su relación con el desarrollo de dislipidemia los lugares inadecuados como trabajo y la calle tomaron un χ^2 0.020 y un OR 0.960 sus límites naturales fueron Lni 0.548 y Lns 1.682. (Ver tabla 8).

Tabla 8. Lugar en que consumo de sus alimentos

Lugar de consumo	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Inadecuado (trabajo, calle etc.)	57	58	115
Adecuado	43	42	85
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta χ^2 :0.020 OR: 0.960 Lni 0.548 Lns 1.682

En relación al consumo de **comida chatarra** con el desarrollo de dislipidemia se encontró un χ^2 :0.010 y un OR 2.201 sus límites naturales fueron Lni 1.198y Lns 4.041.(ver tabla 9) .

Tabla 9. Consumo de comida chatarra

Consumo de comida chatarra	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
SI	76	59	135
NO	24	41	65
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta χ^2 :0.010 OR:2.201 Lni 1.198 Lns 4.041

El **consumir café** y su relación con el desarrollo de dislipidemia se encontró χ^2 : 0.021 y un OR 0.958 sus límites naturales fueron Lni 0.541 y Lns 1.699. (Ver tabla 10).

Tabla 10. Consumo de café

Consumo de café	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Si	62	63	125
No	38	37	75
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta χ^2 :0.021 OR: 0.958 Lni 0.541 Lns 1.699

En cuanto a la **frecuencia de consumo de café** y su relación con el desarrollo de dislipidemia se encontró en el consumo mayor a tres veces por día , $X^2:0.294$ y un OR 1.370 sus límites naturales fueron Lni 0.760 y Lns 2.471. (Ver tabla 11)

Tabla 11. Frecuencia de consumo de café por día

Frecuencia del consumo	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Más de 3 veces	70	63	133
Menos de 3 veces	30	37	67
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta $X^2:0.294$ OR: 1.370 Lni 0.760 Lns 2.471

Al medir el **índice de masa corporal** y su relación con el desarrollo de dislipidemia se encontró que quienes presentan un IMC superior a ≥ 25 sobre peso ≥ 30 obesidad tomando un $X^2 :0.002$ y un OR :3.203 sus límites naturales fueron Lni 1.790y Lns 5.730 (ver tabla 12)

Tabla 12. Índice de masa corporal

IMC	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Elevado(sobre peso, obesidad)	59	31	90
Normal	41	69	110
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta $X^2:0.002$ OR:3.203 Lni 1.790 Lns 5.730

En cuanto **Índice cintura cadera** y su relación con el desarrollo de dislipidemia se encontró que quienes presentan un índice superior a 0,85 para mujeres 0,94 para hombres tomando un $X^2 :0.001$ y un OR: 2.922 sus límites naturales fueron Lni 1.641 y Lns 5.201. (Ver tabla 13)

Tabla 13. índice cintura cadera

ICC	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Elevado(superior a 0.85 mujeres,0.94 hombres)	59	33	92
Normal	41	67	108
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta X²:0.001 OR:2.922 Lni 1.641 Lns 5.201

En relación a conductas sedentarias

Al medir la relación entre **realizar actividad física** y el desarrollo de dislipidemia no realizan actividad física el X² resulto de 0.094 un OR: 1.098 sus límites Lni:0 .603 Lns: 2.000 (Ver tabla 14)

Tabla 14. Actividad física

Actividad física	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
SI	30	32	62
NO	70	68	138
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta X²:0.094 OR:0 1.098 Lni 0.603 Lns 2.000

Al medir la **frecuencia con que realizan actividad física** y el desarrollo de dislipidemia se encontró que al realizar menos de tres veces por semana un X² de 0.303, un OR: 1.201, sus límites Lni 0.625 Lns 2.307(ver tabla 15)

Tabla 15. Frecuencia con que realiza ejercicio

Frecuencia	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Menos de 3 veces	44	39	83
Más de tres veces	31	33	64
Total	75	72	147

Fuente: Encuesta X²:0.303 OR: 1.201 Lni 0.625 Lns 2.307

En cuanto a la relación de realizar **actividad física** por 30 minutos diario y el desarrollo de dislipidemia se encontró un X^2 0.102, un OR: 1.735 y sus límites Lni 0.894 Lns 3.370(ver tabla 16)

Tabla 16. Tiempo que permanece realizando ejercicio por día.

Tiempo del ejercicio	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Más de 30 min	36	25	61
Treinta min	39	47	86
Total	75	72	147

Fuente: Encuesta X^2 :0.102 OR:1.735 Lni .894 Lns 3.370

De acuerdo a la relación entre la **actividad laboral** que presentan riesgo para padecer dislipidemia (secretarias, maestros etc.) y el desarrollo de dislipidemia se obtuvo X^2 0.083, un OR: 1.087, sus límites Lni 0.617 Lns 1.914(ver tabla 17)

Tabla 17. Actividad laboral que desempeña

Actividad laboral	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Inadecuada (que presentan riesgo para padecer dislipidemia)	41	39	80
Adecuada	59	61	120
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta X^2 :0.083 OR: 1.087 Lni 0.617 Lns 1.914

De acuerdo a la **distancia que recorre para llegar a su lugar de trabajo** y el desarrollo de dislipidemia se obtuvo que los que caminan menos de 2 kilómetros tomando X^2 0.236, un OR: 1.423, sus límites naturales Lni 0.794 Lns 2.552(ver tabla 18)

Tabla 18. Distancia que recorre a su lugar de trabajo

Distancia que recorre	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
Menos de 2 km	69	61	130
Más de 2 km	31	39	70
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta $X^2:0.236$ OR: 1.423 Lni .794 Lns 2.552

En relación al **tiempo que permanece en reposo** y el desarrollo de dislipidemia se obtuvo que cuando este es superior a 4 horas tomo un $X^2 0.071$, su OR: 0.474 y sus límites naturales Lni 0.208 Lns 1.078(ver tabla 19)

Tabla 19 .Tiempo que permanece en reposo

Tiempo en reposo	Dislipidemia		Total
	Casos	Controles	
+de 4 hr	81	90	171
- de 4 hr	19	10	29
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta $X^2:0.071$ OR: 0.474 Lni0 .208 Lns 1.078

En cuanto a la relación entre **el tiempo que dedica a la actividad que realiza en su tiempo libre** mayor a 2 horas y el desarrollo de dislipidemia se contó con un $X^2 0.362$, su OR: 1.199 y sus límites naturales Lni 0.664Lns 2.163(ver tabla 21)

Tabla 21 Tiempo que dedica a la actividad física en tiempo libre

Tiempo de la actividad	Dislipidemia		Total
	Caso	Control	
Más de 2 hr	69	65	134
Menos de 2 hr	31	35	66
Total	100	100	200

Fuente: Encuesta $X^2:0.362$ OR: 1.199 Lni 0.664 Lns 2.163

X DISCUSIÓN

El estudio se realizó con el propósito de analizar los factores nutricionales y conductas sedentarias relacionadas al desarrollo de dislipidemia, conto con una población de 115 casos y 115 controles, predominando el sexo femenino, procedencia urbana, la mayoría tienen religión católica y secundaria completa, la moda de la edad fue 40 años y la media de 38 en relación a edad y procedencia

Se confirma en lo propuesto por Lissette Iglesias .Se ha encontrado en otros países que la incidencia de dislipidemias es mayor conforme se avanza en edad, siendo así más común entre pacientes de los 40 años en adelante.

La teoría de Anner Goldberg menciona que personas del sexo masculino son más afectados que mujeres principalmente por la fisiología en sí, sin embargo en nuestro estudio se encontró que las mujeres fueron las más afectadas.

Factores nutricionales

Al medir el consumo de una dieta adecuada en relación a la frecuencia y el tipo de platillo consumido , no se pudo medir asociación de variables ni el tipo de riesgo debido a que uno de los datos en contingencia fue igual a 0 por lo cual no se pudo evaluar lo propuesto por Anne Carol Goldberg quien considera que los alimentos altos en fibra se adhieren a las grasas en su tránsito intestinal reduciendo el colesterol digerido y por ende el circulante ,se encontró que los alimentos mayormente consumidos son los productos lácteos, seguido de las comidas chatarras y los alimentos con alto contenido de grasa.

-El consumo de alimentos hipergrasas presenta asociación de variables encontrándose como un factor de riesgo que aumenta 2.922 la probabilidad de padecer dislipidemia, estos se puede explicar según los datos de Glenda Cecilia González Zepeda quien refiere que Una ingesta de grasa superior al 35% de las calorías se asocia generalmente a un aumento del consumo de grasas saturadas. Siendo este consumo de alimentos con alto contenido en grasa lo que promueve dislipidemia.

-Al analizar la relación entre la frecuencia del consumo de alimentos hipergrasas superior a tres veces a la semana y el desarrollo de dislipidemia se encontró que no hay asociación entre estas variables aunque su OR se comportó como un factor protector, no se encuentra significancia estadística por lo cual no se comprobó lo propuesto por Anne Carol Goldberg quien propone que los alimentos con alto contenido en grasa no se deben consumir con frecuencia ya que desencadenan aumento en los niveles de colesterol y triglicéridos.

-El consumo de alimentos en horarios irregulares se asocian al desarrollo de dislipidemia siendo este un factor protector disminuyendo hasta 0.96 el riesgo de desarrollar la patología comprobando la teoría de Melissa Paola santinelli refiere que los horarios de comidas irregulares pueden causar desordenes en el organismo y desencadenar aumento de colesterol y triglicéridos.

-Al analizar el consumo de alimentos fuera del hogar se encontró asociación de variable y a pesar que su OR de 0.9, no se pudo comprobar esto pudo deberse al tamaño reducido de la muestra por lo que no se pudo comprobar lo propuesto por Melissa Paola santinelli para quien el consumo de alimentos fuera del hogar permite consumir alimentos de acceso rápido provocando sobre peso, aumentando el colesterol y triglicéridos circulantes.

-El consumo de comidas chatarras presenta asociación de variables siendo un factor de riesgo que aumenta 2.201 veces la probabilidad de padecer la enfermedad este dato lo ratifica la teoría de María Parreño López quien menciona que las comidas chatarra contienen aditivos químicos, colorantes, saborizantes y su variedad de nutrientes es muy pobre. Generalmente estos están relacionados con obesidad, enfermedades cardíacas, diabetes mellitus tipo II, caries, hipertensión arterial e hipercolesterolemia.

- Al analizar la relación entre el consumo de café y el desarrollo de dislipidemia se encontró que hay asociación entre estas variable aunque su OR disminuyo el riesgo no existió significancia estadística esto puede deberse al tamaño de la muestra por tal razón no se comprobó lo propuesto por Harry Acquatella comenta que los componentes del café, están relacionados con aumentar el nivel de

colesterol en la sangre, consiste en bloquear a la proteína que activa la regulación de la biosíntesis del colesterol, lo que inhibe que se sintetice y se acumule en la sangre y en otros tejidos.

-el consumir café más de tres veces diario este no mostró asociación entre sus variables aunque su OR se comportó como un factor de riesgo no se encontró significancia estadística por lo que no se comprobó la teoría de Itziar Gonzales la cual refiere que el consumo de cinco tazas de café de prensa francés por día (10 a 13 miligramos de cafestol) durante cuatro semanas eleva el colesterol en la sangre el 6 a 8 por ciento, a mayor cantidad de ingesta es mayor el riesgo de padecer la enfermedad.

-Al analizar la relación entre el índice de masa corporal y el desarrollo de dislipidemia se encontró asociación entre estas variables aumentando hasta tres veces el riesgo de padecer la enfermedad este dato lo confirma la teoría de Roberto Añez quien comenta que la obesidad se ha asociado con la presencia de dislipidemia en la que se incluye el incremento de triacilglicéridos plasmáticos, reducción en los niveles de HDL-C y aumento en los niveles de partículas de LDL-C pequeñas y densas

- Al analizar la relación entre el índice cintura cadera y el desarrollo de dislipidemia este presento asociación sus variables siendo un factor de riesgo que aumenta hasta 3 veces la probabilidad de padecer la enfermedad por lo que se comprueba lo mencionado Roberto Añez quien afirma que la medición de la circunferencia abdominal ,es el mejor predictor antropométrico de adiposidad abdominal (obesidad abdominal) y riesgo metabólico puesto que evalúa indirectamente la cantidad de grasa visceral del individuo cuyo aumento condiciona un incremento en el riesgo de padecer dislipidemias.

Conductas sedentarias

Al medir la relación entre el realizar actividad física y el desarrollo de dislipidemia se encontró que aunque este se comportó como factor de riesgo no presento asociación entre sus variable ni significancia estadística lo que contradice lo propuesto por González Zepeda Glenda Cecilia quien propone que la inactividad

física tiene efectos negativos en el metabolismo lipídico en colesterol LDL pero puede ser prevenido realizando ejercicio en forma regular moderada.

El desarrollo de dislipidemia y el realizar actividad física menos de tres veces por semana este se comportó como un factor de riesgo no presentando asociación entre sus variables por lo que no se comprobó la teoría de Iglesias Lissette quien refiere que la actividad física regular, con estimulas de tres veces semanales como mínimo, promueve diferencias significativas en los índices que predicen la grasa corporal, disminuye significativamente los riesgos de contraer diversas enfermedades

Según Jiménez, Investigaciones recientes han demostrado que las personas menos activas físicamente tienen mayor probabilidad de presentar factores de riesgo para sufrir dislipidemia. Entre más tiempo permanece activa la persona hay un gasto de energía mayor, lo que contradice los datos encontrados en el estudio en el que realizar actividad física por 30 minutos diarios y el desarrollo de dislipidemia aunque este se comportó como un factor de riesgo, no se encontró asociación entre sus variable ni significancia estadística

Según Jiménez Cristian estudios sobre el tema, revelan que las personas que pasan mucho tiempo sentadas, en trabajos de escritorio, son propensas a sufrir estos problemas de salud, esto contradice los datos obtenidos en el estudio donde la actividad laboral que desempeña que presenta riesgo de desarrollar la enfermedad (secretaria, maestro etc.) y el desarrollo de dislipidemia, aunque este se comportó como un factor de riesgo no se encontró asociación entre sus variable.

En relación la distancia que recorre a su centro laboral menos de 2 km y el desarrollo de dislipidemia se comportó como un factor de riesgo aunque no presento asociación entre de variables por lo q no se comprobó lo propuesto por Edgar Lopategui quien refiere que concentraciones disminuidas de LPL se han reportado en aquellos músculos esqueléticos que han reducido su actividad contráctil, a corto y largo plazo, esto se da debido a que la mayoría de la población utiliza transporte moderno olvidando el hábito de caminar.

El tiempo que permanece en reposo mayor de 4 hr en relación al desarrollo de dislipidemia no mostro ser un factor de riesgo ni se encontró asociación entre sus variables debido a esto no comprueba lo propuesto por, Vélez Consuelo quien refiere que actualmente una gran cantidad de trabajadores pasa más de 40 horas a la semana, sentado en el escritorio frente a una pantalla de computador, por lo que la falta de movilidad corporal en el trabajo contribuye a tener una vida sedentaria y puede afectar nuestra salud mucho más allá de lo que imaginamos.

Según Arellano María Teresa La ausencia de actividad física y el tiempo excesivo de horas dedicadas a la televisión, que de manera independiente son factores que predicen el sobrepeso y dislipidemia, por un lado el tiempo total de ocio sedentario (horas de televisión consola y ordenador) predecían el incremento del IMC y dislipidemia, y por otro, la falta de sueño predecía la cantidad de ocio sedentario esto se contradice con los resultados del estudio donde el permanecer por más de 2 hr en la actividad que realiza en su de tiempo libre (televisión ,video juegos etc.) aunque esta se comportó como un factor de riesgo no se encontró asociación de variable ni significancia estadística.

XI CONCLUSIONES

En cuanto a datos sociodemográficos se encontró que:

Predomina el sexo femenino, procedencia urbana, la mayoría tienen religión católica y secundaria completa, la moda de la edad fue 40 años

Los factores alimenticios que aumentaron el riesgo de desarrollar dislipidemia

El seguimiento de una dieta inadecuada aumenta el riesgo de dislipidemia en 2 veces, además la ingesta de alimentos tiene en 3 veces mayor riesgo, el consumir comidas chatarra duplica el riesgo de enfermar.

El índice de masa corporal y el índice cintura cadera que superan los valores normales indicando obesidad aumenta hasta tres veces el riesgo de dislipidemia como indican otros autores, la obesidad incrementa los triglicéridos plasmáticos reduciendo el nivel de HDL y aumentando el del LDL.

Los factores alimenticios que resultaron como protectores fueron

El consumo de alimentos bajo horarios establecidos este disminuye el riesgo de dislipidemia hasta 0.96 veces, de igual manera el consumirlos alimentos en el hogar hasta 0.961

En relación a conductas sedentarias ninguno de sus variables mostro asociación por tanto no fueron factores de riesgo comprobado.

La hipótesis no se pudo comprobar considerando como posibles interventores el grupo heteroeo seleccionado y el tamaño de la muestra.

Por lo que se recomienda que se utilicen estos datos para futuros estudios con el fin de tener datos estadísticos con los cuales se puedan comparar los resultados encontrados, realizarlo con mayor población.

XII RECOMENDACIONES

Al director del hospital primario José coronel López.

- Realizar una mayor vigilancia y tamizaje a los pacientes mayores de 40 años.
- Implementar campañas de alimentación saludable en las que se entreguen afiches con dicha información, murales ilustrativos.
- Brindar seguimiento a pacientes obesos.

A la jefa de enfermería

- Brindar una atención integral en la que se puedan identificar factores de riesgo por medio del control de IMC, así como fortalecer la consejería sobre el consumo de alimentos saludables de acuerdo a la pirámide nutricional.
- Potenciar los beneficios de una dieta que establezca horarios regulares.

A los pacientes y familiares

- Consuman alimentos saludables bajos en grasas.
- Realicen actividades físicas diario.

XIII .BIBLIOGRAFIAS

1-Arizmendi Guillermo Martin. Atención farmacéutica y nutricional a pacientes con dislipidemia .Universidad de Belgrano .Buenos aires –Argentina. 2010

2-Ortiz Celeste. Diferencias en triacilgliceroles y colesterol total en mujeres normolipémicas sedentarias y físicamente activas del programa de nutrición de la universidad autónoma de ciudad Juárez. México- Mayo 2011.

3-Velasco Manuel. Prevalencia y factores asociados a la dislipidemia en los adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, 2015-2016

4-Sosa Lusiana, Frecuencia de dislipidemia y estado nutricional de escolares de áreas rurales paraguaya. Departamento de Análisis Clínicos y Microbiología. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay-Junio 2014

5-Misra Ada, Shrivastava. Obesity and Dyslipidemia in South Asians. Nutrients. Canada. Julio 2013

6- Vásquez José Enrique, vocal alimentación. Adherencia a la dieta mediterránea en paciente con sobre peso y obesos en atención primaria. Chontales 2013.

7- Chiqui Rosa Aurora .Prevalencia de dislipidemia y factores asociados en la ciudad de Cuenca, Ecuador. 2013

8- Alvarado Loja Jonathan Mauricio. Determinación de perfil lipídico y factores de riesgo aterogénico en pacientes geriátricos del área de salud no. 2 – Miraflores. Subcentro de salud uncovía –Ecuador 2013,

9- Cedillo Auquilla Carlos Augusto. Prevalencia de dislipidemia y factores asociados en adolescentes colegiales. Cuenca -Ecuador 2015.

10- Romero Enrique. Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad. México - Abril.2017

- 11- Benítez Arciniega Alejandra Donají. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México 2013
- 12- *Muñoz Sergio .Riesgos del sedentarismo Salud y Corazón* 07 de Octubre de 2016
- 13- Galvis Pérez Yeisson. Prevalencia de dislipidemias en una institución prestadora de servicios de salud. Medellín- Colombia, 2013
- 14- Murillo Aldaco Oscar. Mala alimentación e inactividad física podrían causar dislipidemia, Yucatán, México- Junio de 2016
- 15- Medina Chávez Juan Humberto .Diagnóstico y tratamiento de dislipidemia (hipercolesterolemia) en el adulto. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud México-Noviembre 2016.
- 16-. Iglesias Lissette Ethel .modelo predictivo de los niveles de sedentarismo en población de 18 a 60 años, Medellín, Colombia 2012
- 17- González Zepeda Glenda Cecilia. Factores asociados a dislipidemia en pacientes de 20-60 años que consultan en la ucsf el zapotal, ojos de agua. El Salvador. Octubre 2015
- 18- Soca Pedro Enrique .Dislipidemia. Máster en Bioenergética y Medicina Natural. Departamento de Ciencias Fisiológicas. Universidad Médica «Mariana Grajales Coello». Holguín, Cuba.2015
- 19- Salesa Barja María. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemia en niños y adolescentes. Santiago – Chile. jun. 2014
- 20- Goldberg Anne Carol, Professor of Medicine, Division of Endocrinology, Metabolism and Lipid Research, Department of Medicine, Washington University School of Medicine Dislipidemia ee.uu2018

21- Soca Pedro Enrique. Máster en Bioenergética y Medicina Natural. Departamento de Ciencias Fisiológicas. Universidad Médica dislipidemia ciudad de La Habana cuba - diciembre 2009

22- Santinelli Melissa Paola. Hábitos alimentarios y estilos de vida en adolescentes de 13 a 17 años de edad. Escuela secundaria de Pavón arriba, provincia santa Fe. Marzo 2011

23-Monroy Villalobos, relación de las dislipidemia y el aumento de peso (sobrepeso y obesidad) en los pacientes entre las edades de 20 a 50 años, que consultan en la unidad de salud las chinamas, en el periodo de junio a septiembre del año 2010. El salvador noviembre 2010

24- Parreño López María Susana. Consumo de alimentos de los preadolescentes de la unidad educativa t Anderson de la ciudad de quito en el mes de diciembre de 2014 Quito, Ecuador-Mayo de 2015

25- Paz Ana Carolina .Comida chatarra en los centros escolares. Publicación de Consumidores en Acción de Centroamérica y El Caribe (ConSuAcción) El Salvador, diciembre de 2009

26- Acquatella Harry .Consumo de Café: Mitos y Leyendas, es Bueno o Malo?).)España Diciembre 2014.

27-Gonzales de Arriba Itziar. Nutrición y salud el café sube el colesterol Domingo Argentina-Junio 2012

28- Añez Roberto, Variables antropométricas como predictores de dislipidemia en sujetos adultos del municipio San Cristóbal-Venezuela. 2017. [acceso Sep. 25 2018].

29- Vélez-Álvarez Consuelo .Niveles de sedentarismo en población entre 18 y 60 años en Manizales, Pereira y Armenia, Colombia .2013

30- Jiménez Schyke Christian. Riesgos del sedentarismo La importancia de la práctica de actividad física diaria, Escuela de Kinesiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás. Agosto 2015

31-Lopategui Corsino Edgar. Fisiología del ejercicio catedrático asociado el comportamiento sedentario - problemática de la conducta sentada: concepto, efectos adversos, y estrategias preventivas 2016

32- Arellano Romero María Teresa .Sobrepeso y obesidad, hábitos alimenticios, actividad física y actividades de ocio en escolares de una localidad de la ciudad Cartagena- Colombia, 2014

XIV.ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE _____ FECHA _____ 2018

Sorania Martínez, Jessy Chévez estudiantes del quinto año de la carrera de enfermería UNAN-LEON estamos realizando un estudio cuyo objetivo es analizar los factores nutricionales y conductas sedentarias relacionadas al desarrollo de dislipidemia en pacientes mayores de 18 años del hospital primario Sauce -león José Coronel López. Este estudio proporcionara información necesaria para nuestro estudio, razón por la cual se solicita su valiosa colaboración. La duración de la encuesta será de 20 minutos. Al firmar este documento se harán una serie de pregunta sobre dislipidemia. La información brindada será confidencial su participación es voluntaria y puede limitarse a responder en el momento que lo considere necesario.

Doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntario.

Firma o huella del voluntario _____

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-LEON

Carrera: Enfermería



Entrevista sobre factores nutricionales y conductas sedentarias relacionada en el desarrollo de dislipidemia.

Fecha_____

Código_____

Numero de ficha_____

Analizar los factores alimenticios y conductas sedentarias relacionadas en el desarrollo de dislipidemia en pacientes mayores de 18 años del hospital primario José coronel López Sauce –León en el tercer trimestre 2018.

Marque la respuesta correcta con una (X)

I.DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad: _____

Sexo: Masculino_____femenino_____

Procedencia: urbano: _____rural_____

Religión: Católico____ Evangélico ____Testigo de Jehová__Mormón
____Otros____

Escolaridad: Primaria comp_____ Primaria incomp____ Secundaria comp _____
Secundaria incomp____ Técnico ____Universidad _____

II. FACTORES NUTRICIONALES EN RELACION A DISLIPIDEMIA.

1-¿Cuáles de los siguientes alimentos consume con más frecuencia?

- a) Huevo
- b) Pan integral
- c) Pastas
- d) Ensaladas
- e) Leche entera
- f) Crema
- g) Nacatamal
- h) Ninguno

2-¿Con que frecuencia consume el alimento que selecciono en la pregunta anterior?

- a) -Muy frecuente
- b) -Frecuente
- c) -Indeciso
- d) -Poco frecuente
- e) -Nunca

3- Horario en que consume las comidas

- a) A la misma hora
- b) Horarios irregulares

4-¿En qué lugar consume los alimentos?

- a) Casa
- b) Trabajo
- c) Restaurante
- d) Calle

e) Otro

5-¿Cuál de estos alimentos de preparación rápida consume con más frecuencia?

a) Maruchan

b) Yogurt

c) Refrescos embotellados

d) Atún

e) Ninguno

6-¿Consumes café?

Sí _____ No _____

7-¿Con qué frecuencia consumes café?

a) -Muy frecuente

b) -Frecuente

c) -Indeciso

d) -Poco frecuente

e) -Nunca

8-Evaluación antropométrica

Peso _____ Talla _____ IMC _____

Perímetro cintura _____ Perímetro cadera _____

III. CONDUCTAS SEDENTARIAS EN RELACION A DISLIPIDEMIA.

1-¿Practica actividad física?

SI _____ NO _____

Si realiza actividad física responde las siguientes 3 preguntas:

2-¿Qué tipo de actividad realiza?

- a) Deporte
- b) Ejercicio
- c) Otro

3-¿Cuántas veces a la semana lo realiza?

1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____ 4 veces _____ 5 veces _____

4- ¿Tiempo que permanece realizando la actividad?

30min _____ Entre 30 - 60min _____ + de 60 min _____

5- Tipo de actividad laboral que realiza.

- a) Agricultor
- b) Ama de casa
- c) Obrero
- d) Maestro
- e) Secretaria
- f) Otro

6- ¿Medio de transporte que utiliza para llegar a su lugar de trabajo?

- a) Caminando
- b) En Caballo
- c) En Bicicleta
- d) Transporte público
- e) Vehículo propio
- f) ninguno

7-¿Distancia que recorre para llegar a su centro de trabajo?

No recorre distancia_____ 1 km_____ 2 a 5 km_____ 6 a 10 km_____ + de 10 km_____

8-¿Durante el día cuanto tiempo permanece en reposo?

- a) 15-30 min
- b) 1-3 hr
- c) 4-5 hr
- d) 8 hr a mas

9- En su tiempo libre pasa frente a:

- a) Computador
- b) Celular
- c) Televisión
- d) Video juegos
- e) Ninguno

10- Tiempo que le dedica a actividad de tiempo libre:

1 hr_____ 2 a 3 hr_____ + de 4 hr_____



Ref: Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería
UNAN, León

"Por la Pertinencia y Excelencia Académica"

León, 31 de Agosto de 2018

Dr. Marvin Gutiérrez
Responsable de Docencia
Hospital Primario José Coronel López
Sauce-León

Estimado Dr. Gutiérrez:

Por medio de la presente solicito su apoyo para las **Bras, Jessy Massiel Chevez Ayala y Sorania de los Ángeles Martínez García**. Estudiantes del V Año de la carrera Licenciatura en Ciencias de Enfermería, para que les brinde acceso a la información requerida para la realización de su investigación que lleva como tema "Factores nutricionales y conductas sedentaria relacionado al desarrollo de dislipidemia en los pacientes de 25 a 50 años del Hospital Primario José Coronel López, Sauce-León en el III Trimestre del 2018", este trabajo será defendido en la Escuela de Enfermería

Esperando su comprensión y ayuda me despido cordialmente.

Atentamente;


VoBo. Msc. Nubia del S. Meza Herrera
Directora Interina
Escuela de Enfermería
UNAN León

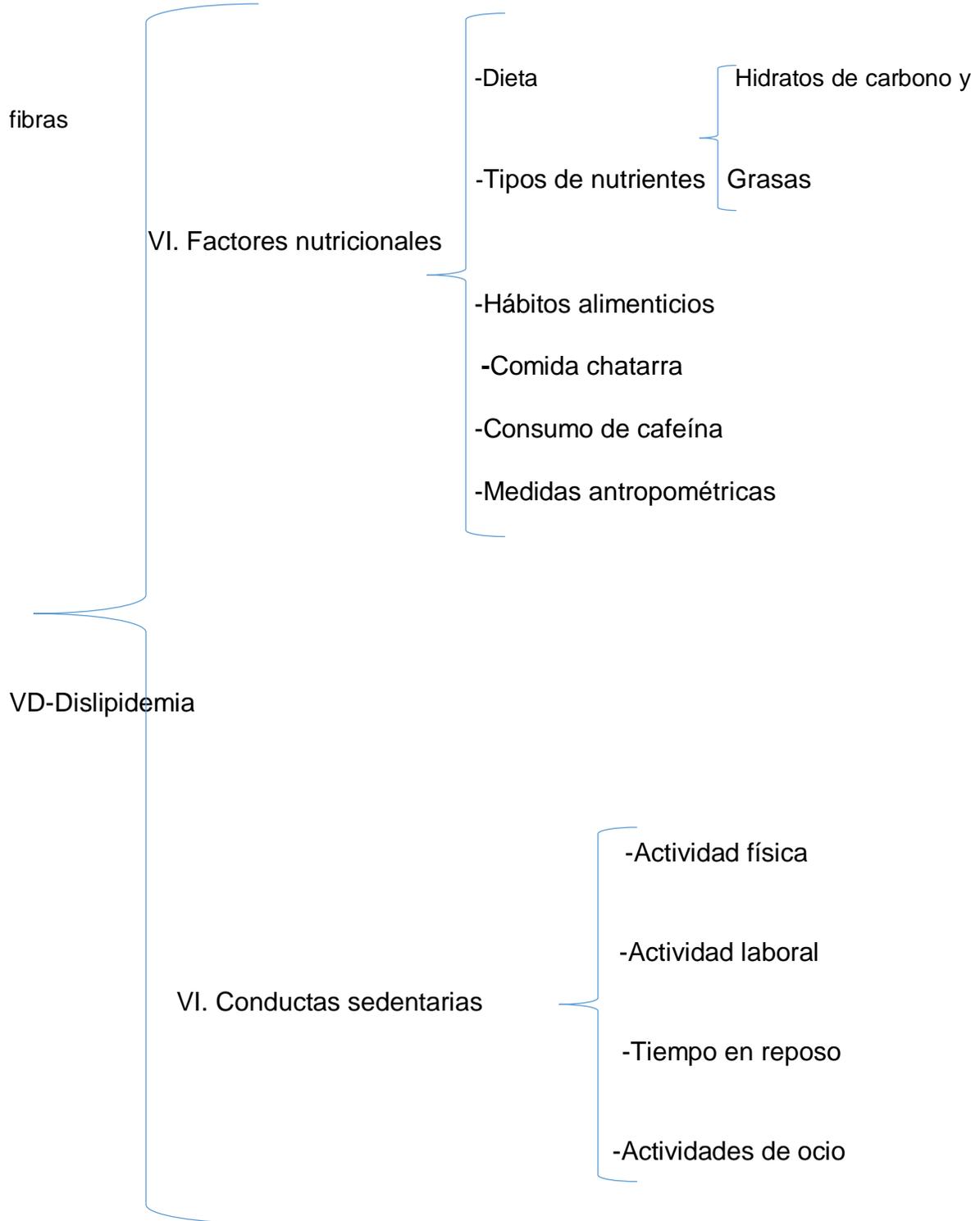



Dr. Marvin Gutiérrez A.
Médico y Cirujano
Cod. 11327
UNAN - LEÓN


Lic. Felicitana Rojas
Tutora de Investigación
Escuela de Enfermería
UNAN León

Cc. Archivo

ESQUEMA DE INVESTIGACION





Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN-León
Vice-decanatura

Ref.: Protocolo Aprobado

"Por la pertinencia y la excelencia académica"

León, 21 de Noviembre 2018.

Bra. Chévez Ayala Jessy Massiel
Bra. Martínez García Sorania de los Ángeles
V año, Carrera de Licenciatura en Ciencias de Enfermería
Sus manos.

Estimado(a) Bachiller(a):

Por medio de la presente le informo que el protocolo de investigación monográfico, después de ser revisado y cumplir con los requisitos que la Facultad exige, ha sido aprobado y puede continuar con el estudio.

Deseándole éxito en el desarrollo de su trabajo de investigación, le saluda.

Atentamente,


Dra. Mercedes Cáceres, PhD
Vice - Decana
Facultad de Ciencias Médicas



MC/min

Cc: Archivo

¡A la Libertad por la Universidad!

Tel.: 311 0022 Ext. 2047

vicdecnato@unanleon.edu.ni

Resultados de prueba piloto

Aspectos	Que valorar
Área de estudio	<p>Se realizó en el puesto de salud Hilario Sánchez ubicado en el municipio de León fundado en el año 2016 limita al norte con el Pollo Nic, al sur con el CDI, al este con el puesto de venta de frutas y al oeste con BANPRO Sutiaba se brinda atención médica a 3,734 pacientes de lunes a viernes cuenta con 2 médicos generales 1 licenciada en enfermería 1 enfermera auxiliar 1 estadístico brindando consulta general, curaciones, VPCD, Pap, inmunización etc. Cuenta con una iglesia cercana, gimnasios, supermercados y lugares recreativos.</p>
Autorización	<p>Se realizó una carta dirigida a la responsable del puesto de salud Hilario Sánchez Dra. Indira Andino quien otorgó el permiso para acceder a los datos de los expedientes de los pacientes que se realizaron exámenes del perfil lipídico de los cuales salieron alterados positivos con diagnóstico de dislipidemia 11 casos y los otros con valores en parámetros normales 11 controles. Para un total de 22 pacientes.</p>
Tiempo	<p>Se realizó en diferentes días y horas se midió el tiempo en que tardó cada participante en responder la encuesta quien midió el tiempo de cada paciente fue Sorania de los Ángeles Martínez García.</p> <p>Tiempo que duraron en responder las preguntas por participante 6:05 - 6:25 - 7 - 7:05 - 8 - 8 - 8 - 8:05 - 8:10 - 8:20 - 8:20 - 8:40 - 9 - 9:10 - 9:12 - 9:15 - 9:18 - 9:25 - 9:30 minutos.</p>

	<p>Mediana resultado de 8.20 minutos.</p>
<p>Captación de sujetos de estudio</p>	<p>No todos los pacientes quisieron participar en nuestro estudio, uno se limitó a decir el por qué y los otros dos refirieron que no tenían tiempo y estaban cansados por lo cual solo llenamos 19 encuestas de nuestra prueba piloto Obteniendo el 86.3% de aprobación y un 13.7% de negación.</p>
<p>Instrumentos de recolección de información</p>	<p>El instrumento cumple con tres aspecto Datos sociodemográfico, factores nutricionales y conductas sedentarias la recolección de la información se llevó a cabo por medio del cuestionario con preguntas cerradas previamente elaboradas con preguntas dicotómicas y múltiples donde se reflejó la información brindada por los paciente asistentes del puesto de salud Hilario Sánchez- león el cuestionario se realizó directamente con el paciente.</p>
<p>Procedimiento para recolección de la información</p>	<p>Se estableció contacto con la responsable del puesto de salud Hilario Sánchez Dra. Indira Andino para obtener los permisos necesarios y así aplicar el instrumento que consistió en un cuestionario con preguntas cerrada, con previa ubicación de domicilio donde se encontraron los investigados se explicó de forma verbal el objetivo del estudio con previo consentimiento informado y su autonomía para continuar o retirarse cuando lo considerara pertinente así como la confidencialidad de la información recolectada el llenado del instrumento se llevó acabo en el municipio de león del puesto de salud Hilario Sánchez donde se visitó casa a casa y se entregó el cuestionario brindándoles el debido tiempo para su realización y</p>

	dudas sobre el cuestionario. Se realizó control por parte de los investigadores para evitar que quedaran preguntas sin responder.
Coordinación y supervisión	Los fenómenos que se pudieron observar al momento de la encuesta fue que 2 participantes recibieron llamadas al momento de contestar las preguntas algunos estaban un poco distraídos y no entendían algunas palabras y otros demasiado ruidos del vecindario músicas, gritos etc.