



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ / MF No. 9 CIUDAD GUZMÁN, JALISCO.**

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS
PACIENTES CON DISLIPIDEMIA QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
UMF NO. 62 DEL IMSS EN SAYULA, JALISCO”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. PEDRO ANTONIO GÓMEZ GUTIÉRREZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“Características epidemiológicas de los pacientes con
dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina
Familiar de la UMF No. 62 del IMSS en Sayula, Jalisco”.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. PEDRO ANTONIO GÓMEZ GUTIÉRREZ

AUTORIZACIONES:

DRA. PATRICIA MENDIOLA VENEGAS.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.
HGZ/UMF 9. CIUDAD GUZMÁN, JALISCO.

DRA. IRMA PÉREZ MACEDO.

ASESOR DE TEMA DE TESIS.
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

DR. RAFAEL BUSTOS SALDAÑA.

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS.
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

**Características epidemiológicas de los pacientes con
dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina
Familiar de la UMF No. 62 del IMSS en Sayula, Jalisco.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. PEDRO ANTONIO GÓMEZ GUTIÉRREZ

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

1. Son muchas las personas que debería de nombrar en estas líneas, pero me quedaré con las más trascendentales...con aquellas que no han bajado la guardia y siempre me han apoyado, tanto a lo largo del desarrollo de esta Tesis como a lo largo de mi vida.
2. Primero debo dar gracias a mi familia incluyendo a mi madre, aquella incansable mujer, que desde que era pequeño me ha guiado y acompañado en los momentos en que más la he necesitado, así como, mi padre y mis hermanos.
3. No puedo dejar de nombrar a mi esposa, que llegó a alegrarme la vida y que ha sido mi pilar en esta etapa; gracias Viviana por ser mi compañera, mi amiga, gracias por aguantar noches de desvelo y trabajo.
4. Gracias a Dr. Rafael Bustos Saldaña, mi coordinador y asesor de tesis por sus enseñanzas y por todo su apoyo durante la realización de ésta.
5. Gracias a la Dra. Patricia Mendiola Venegas, mi Profesora Titular de la especialidad, gracias por su apoyo, por sus enseñanzas, por sus exigencias y sobre todo que ha colocado en mi pensamiento, que siempre se puede ser cada vez mejor en lo que uno hace.
6. Gracias a la Dra. Irma Pérez Macedo, asesora de tema de tesis, por su apoyo a cualquier hora del día y enseñanza.
7. Gracias a mis compañeros de especialidad por los buenos momentos, por el apoyo otorgado durante estos años que estuvimos juntos y por seguir siempre pensando en mejorar día a día con esta especialidad que hoy tenemos.
8. Gracias al Dra. Sandra Judith Camacho Delgadillo directora de mi unidad por haberme permitido realizar mis actividades en esta unidad.
9. Gracias a los pacientes de la clínica UMF 62, Sayula Jalisco, por su participación.
10. Y sobre todo y los más importante **GRACIAS A DIOS** por permitirme terminar esta tesis y por la vida que me dio.

TÍTULO

“Características epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS en Sayula, Jalisco”

ÍNDICE

CAPÍTULO	PÁGINA
I. Resumen.....	7
II. Marco Teórico.....	9
III. Justificación.....	19
IV. Planteamiento del problema.....	22
V. Objetivos.....	25
VI. Material y métodos.....	26
VII Variables.....	27
VII. Cronograma.....	34
VIII. Resultados	35
IX Discusión.....	52
X. Conclusiones.....	54
XI. Sugerencias.....	56
XII Bibliografía.....	59
XIII Anexos.....	61

RESUMEN

Título.

“Características epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS en Sayula, Jalisco”.

Objetivo.

Identificar las características epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS en Sayula, Jalisco.

Material y métodos.

Diseño observacional, descriptivo y transversal, una muestra de 154 pacientes portadores de Dislipidemia, mayores de 20 años que acudan a consulta externa de la UMF 62 en Sayula, Jalisco.

En la Consulta Externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 IMSS de Sayula, Jalisco; a los pacientes con diagnóstico anterior (realizado por algún facultativo en el IMSS) de dislipidemia, se les informó sobre el proyecto de investigación y se les solicitó su autorización o permiso para ingresarlo a dicho proyecto. Los paciente que aceptaron, en forma consecutiva hasta completar el tamaño de muestra dentro de la consulta, se les tomó peso y talla con báscula y estadiómetro, se les tomó la presión arterial con brazaletes que cubriera el 100% del brazo y 3 cm por arriba del pliegue cutáneo del brazo. Se tomó el número de afiliación del derechohabiente, se midió la circunferencia de cintura de los pacientes con cinta métrica a nivel de cicatriz umbilical y se les solicitaron exámenes de laboratorio en ayunas para realizarlos al día siguiente: colesterol total y triglicéridos, se solicitaron sus resultados y se le otorgó cita al paciente en 15 días para su valoración. Por último, se realizó la recolección de datos de cada uno de los pacientes llenando el cuestionario en forma directa, elaborado para dicho fin, con todas las variables incluidas previo consentimiento informado verbal.

- **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** La descripción de las variables categóricas se realizaron con frecuencia simple y porcentaje, para la descripción de las variables numéricas se utilizó promedio y desviación estándar. Se utilizó de igual forma el programa de computación EPI INFO 2000. Los resultados se expresaron en tablas de distribución de frecuencias.
- **ASPECTOS ÉTICOS.** El protocolo fue autorizado por el CLIS I306 del HGR No. 46 de Guadalajara Jalisco.

La gran mayoría de las actividades que se desarrollaron en el protocolo son partes de la atención integral del paciente con Dislipidemia en la consulta externa de Medicina Familiar, a pesar de ello, se solicitó al paciente permiso verbal y escrito para su realización.

Se mantuvo el principio de privacidad y confidencialidad de los datos del paciente.

Se respetaron los preceptos emitidos por el convenio del HELSINKI y por sus enmiendas posteriores.

- **RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:**

Recursos humanos: Dra. Irma Pérez Macedo, Dr. Rafael Bustos Saldaña y alumno Dr. Pedro Antonio Gómez Gutiérrez. Todos cuentan con capacidad y experiencia en el área de investigación.

- **RECURSOS MATERIALES:**

Máquina de escribir, computadora, hojas blancas, báscula, papel pasante, sacapuntas, lápiz, expedientes, baumanómetro, estetoscopio, cinta métrica, exámenes de colesterol y triglicéridos, glucosa, corrector, borrador, folders.

- **FINANCIAMIENTO:**

Los gastos fueron por parte del tesista.

MARCO TEÓRICO

DISLIPIDEMIAS.

Son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circulantes, a un nivel que significa un riesgo para la salud. Es un término genérico para denominar cualquier situación clínica en la cual existan concentraciones anormales de colesterol: colesterol total (Col-total), colesterol de alta densidad (Col-HDL), colesterol de baja densidad (Col-LDL) o triglicéridos (TG).¹

EPIDEMIOLOGIA.

La población mundial está envejeciendo y se ha visto en aumento de la longevidad (>80años). Los niveles de colesterol aumentan en general con la edad, y el colesterol alto se ha asociado a longevidad extrema, así como, un aumento en triglicéridos del 16% en mujeres postmenopáusicas, y la obesidad está relacionada con el aumento de triglicéridos y disminución en HDL.^{1,2}

En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993, DGE/INNSZ) se observó una prevalencia de la población en general de hipercolesterolemia 8.8% , y en la población adulta (20-69 años) del 11.2%, mientras que en el 20% de esta población se encontró hipertrigliceridemia, y el 36% presentó concentraciones anormalmente bajas de HDL.²

Las dislipidemias de origen genético son causa de un 4% de las dislipidemias en la población general, llegando a ser hasta un 30% en pacientes con coronariopatías pudiendo ser mayor en pacientes jóvenes. Se caracterizan por niveles muy altos de lípidos (Hipercolesterolemias >300mg/dl, hipertrigliceridemias > 400mg/dl) o niveles muy bajos de HDL (<25mg/dl).^{1,2}

Durante las últimas décadas, la mortalidad por enfermedades del corazón ha mostrado un incremento constante, hasta llegar a constituirse en la primera causa de muerte en México. Entre las principales causas para el desarrollo de estas enfermedades se encuentra la aterosclerosis, alteración estrechamente asociada a las dislipidemias, cuyas presentaciones clínicas pueden ser: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipoalfalipoproteinemia e hiperlipidemia mixta.³

Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de enfermedades cardiovasculares (CV), especialmente de la enfermedad coronaria (EC). Niveles muy altos de TG, especialmente cuando hay hiperquilomicronemia, han sido señalados como de riesgo en la patogenia de la pancreatitis aguda.⁴

Por ello es necesario considerar:

- La presencia o ausencia de alguna manifestación clínica de enfermedad vascular aterosclerótica (coronaria, cerebral o periférica) y
- La presencia de factores de riesgo CV mayores, según el siguiente listado.⁴

Factores de riesgo a considerar en la evaluación del riesgo cardiovascular global ⁴

1. Hombre mayor de 45 años
2. Mujer postmenopáusica sin terapia de reemplazo estrogénico
3. Antecedentes de aterosclerosis clínica en familiares de primer grado*
4. Tabaquismo
5. Hipertensión arterial
6. Diabetes mellitus
7. Colesterol HDL menor de 35 mg/dL

CLASIFICACIÓN DE LAS DISLIPIDEMIAS.

De acuerdo a los resultados de laboratorio y la lipoproteína que esté alterada, podemos clasificar las dislipidemias en:

- a) Hipercolesterolemia,
- b) Hipertrigliceridemia.
- c) Dislipidemia mixta: hipercolesterolemia más hipertriglicéridemia.
- d) Hipoalfalipoproteinemia: disminución de las HDL-colesterol.⁴

CLASIFICACION SEGÚN LOS NIVELES ⁴

*LDL-colesterol (mg/dl)	
<100	Óptimo
100-129	Cercano al óptimo
130-159	Levemente elevado
160-189	Elevado
≥190	Muy elevado
*Colesterol total ¹⁰	
<200	Deseable
200-239	Limítrofe alto
≥240	Alto
*HDL-colesterol (mg/ml)	
<40	Bajo
>60	Alto.
*Triglicéridos (mg/dl)	
<150	Normal
150-199	Levemente elevado
200-499	Elevado
>500	Muy elevado

ETIOLOGÍA.

Pueden ser por defectos genéticos (dislipidemias Primarias), o ser consecuencia de patologías o de factores ambientales (dislipidemias secundarias). En muchas ocasiones, los defectos genéticos requieren de la presencia de factores secundarios para expresarse clínicamente (dislipidemias de etiología mixta).⁴

DEFECTOS GENÉTICOS ⁵

HIPERCOLESTROLEMIA AISLADA	HIPERTRIGLICERIDEMIA AISLADA	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	HDL BAJO AISLADO
<ul style="list-style-type: none"> *Hipercolesterolemia Familiar. *Dislipidemia Familiar Combinada *Hipercolesterolemia Poligénica. *Defecto cromosoma 19 ⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> *Dislipidemia Familiar Combinada. *Déficit de leve a moderado de lipasa ca y Apo C2. *Sobre-expresión de Apo C3 	<ul style="list-style-type: none"> *Dislipidemia Familiar Combinada. *Disbetalipoproteinemia. *Déficit severos de: *Lipasa lipoproteica y Apo C2 *Sobre expresión de Apo C3 	<ul style="list-style-type: none"> *Déficit de Síntesis de Apo A

PATOLOGIAS COMO CAUSA DE DISLIPIDEMIAS⁵

HIPERCOLESTROLEMIA AISLADA	HIPERTRIGLICERIDEMIA AISLADA	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	HDL BAJO AISLADO
<ul style="list-style-type: none"> *Hipotiroidismo. *Colestasis. *Síndrome Nefrótico 	<ul style="list-style-type: none"> *Diabetes Mellitus *Obesidad. *Insuficiencia Renal. *Síndrome Nefrótico 	<ul style="list-style-type: none"> *Diabetes Mellitus. *Obesidad *Síndrome Nefrótico 	<ul style="list-style-type: none"> *Diabetes Mellitus. *Obesidad.

FACTORES AMBIENTALES ⁵

HIPERCOLESTROLEMIA AISLADA	HIPERTRIGLICERIDEMIA AISLADA	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	HDL BAJO AISLADO
<ul style="list-style-type: none"> *Colesterol de la dieta. *Grasas saturadas de la Dieta. *Trans-ácidos grasos de La dieta. *Andrógenos. *Progestágenos. *Anabólicos 	<ul style="list-style-type: none"> *Glúcidos de la dieta. *Alcohol. *Estrógenos. *Diuréticos Tiazídicos 	<ul style="list-style-type: none"> *Colesterol de la Dieta. *Grasas saturadas De la dieta. *Trans-ácidos de la Dieta. *Glúcidos de la dieta *Estrógenos. *Alcohol. *Betabloqueadores. *Diuréticos Tiazídico 	<ul style="list-style-type: none"> *Trans-acidos De la dieta. *Glucósidos De la dieta. *Betabloqueadores. *Diuréticos Tiazídicos. *Tabaquismo *Ejercicio Anaeróbico *Alcohol ⁶

La hipertrigliceridemia con niveles menores de 300mgdl. generalmente son de causa secundaria.⁴ Se ha demostrado una relación entre la inflamación muscular y el aumento del colesterol- HDL ⁵, al igual en bebedores activos de altas cantidades de alcohol⁶ y la longevidad extrema (>70años) que se asocia

a disminución de niveles de testosterona y aumento de andrógenos disminución de HDL y aumento de triglicéridos hasta un 16%.⁵

Para sospechar una dislipidemia familiar, generalmente requerimos dos de los siguientes criterios:

- Historia familiar de dislipidemias en primera generación (padres, hermanos o hijos).
- Historia familiar y/o personal de cardiopatía precoz en primera generación. Línea masculina menor de 55 años o línea femenina menor de 65 años.
- Nivel de dislipidemia: generalmente duplica o triplica los valores normales.
- Signos físicos: los cuáles no son patognomónicos pero debemos buscarlos. Arcus corneal, xantomas tuberosos y eruptivos, xantelasmas, estriata palmaris.
- Poca respuesta al tratamiento farmacológico.⁶

Se deben descartar causas de dislipidemia secundaria ante una hipercolesterolemia en la que no se encuentre una causa obvia como es obesidad o historia familiar.⁶

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CORONARIO.

Posteriormente a la clasificación de la dislipidemia debemos estratificar el riesgo coronario para:

1. Determinar el nivel del LDL-colesterol deseable del paciente, que es el blanco primario en el tratamiento de las dislipidemias.
2. Conocer el riesgo del paciente de un evento cardiovascular a 10 años.
3. Determinar la urgencia en el inicio del tratamiento farmacológico.

Para estratificar el riesgo debemos conocer sobre el paciente:

1. Los cinco factores de riesgo mayores (excluyendo el LDL-colesterol), que modifican las metas del LDL-colesterol (ver cuadro 3). Tenemos también un factor de riesgo favorable o "negativo", el HDL-colesterol mayor de 60 mg/dl.

En estos casos, se resta un factor del riesgo total: por ejemplo, si un paciente masculino es mayor de 45 años y es fumador tiene dos factores de riesgo pero si presenta un HDL-colesterol mayor de 60 mg/dl, se le resta un factor y por lo tanto sólo quedaría con un factor de riesgo cardiovascular.

2. Si el paciente ha tenido un evento clínico aterosclerótico previo (infartoagudo del miocardio, accidente cerebro vascular, isquemia cerebral transitoria o enfermedad arterial periférica), una situación que curse con el mismo riesgo que las anteriores como son la diabetes mellitus, el aneurisma de la aorta abdominal, la enfermedad carotídea sintomática o si tiene tres o más factores de riesgo mayores.⁶

De acuerdo a estos dos datos, podemos estratificar el riesgo en tres categorías:

Bajo riesgo: pacientes con 0-1 factor de riesgo: menos de 10 de 100 pacientes van a tener un evento cardiovascular a 10 años. El LDL-colesterol deseable es menor de 160 mg/dl.

Moderado riesgo: pacientes con 2 factores de riesgo: entre 10 Y 20 de 100 pacientes van a tener un evento cardiovascular a 10 años. El LDL-colesterol deseable es menor de 130 mg/dl.

Alto riesgo: pacientes con antecedentes clínicos de enfermedad aterosclerótica previa, o con equivalentes de riesgo coronario: diabéticos, aneurisma de aorta abdominal, enfermedad carotídea sintomática o tres y más factores de riesgo cardiovascular. Más de 20 de 100 pacientes van a tener un evento coronario a 10 años. El LDL-colesterol deseable es menor de 100 mg/dl ⁶.

SIGNOS Y SINTOMAS:

*Puede ser asintomática.

*Sobrepeso y Obesidad.

*Hipertensión Arterial

*Diabetes

*Datos de aterosclerosis prematura (EVC, IAM, TBP o MIs)

*Xantelasmas (bultos de grasa en la cara).

*Xantomas Tendinosos (deposito de lípidos subcutáneos en forma de protuberancias localizadas en tendón de Aquiles y de extensores de las manos asociados a elevación de Colesterol Sérico)

* Xantomas Eruptivos (depósitos lipídicos subcutáneos en sitios de presión asociados a elevación de Triglicéridos)

*Xantomas Tuberosos (depósitos lipídicos subcutáneos en rodillas y codos asociados a disbetalipoproteinemia) *Depósitos de colesterol en el ojo (arco corneal) *Dolor Torácico⁷

Como método de tamizaje básico se sugiere medir el nivel de colesterol total en todo adulto sobre los 20 años de edad y especialmente en aquellos que tienen otros factores de riesgo cardiovascular.

Se deben realizar los siguientes exámenes paso a paso:

a. **Colesterol total:** en sujetos >20 años, especialmente si hay otros factores de riesgo presentes.

b. **Triglicéridos**

c. **Colesterol total + Colesterol HDL:** en sujetos que tienen el colesterol total entre 200 y 239 mg/dL.

d. **Perfil lipídico:**

- En sujetos con Col-total \geq 240 mg/dL;
- En sujetos con Col-total entre 200 y 239 mg/dL junto a Col HDL \leq 3 mg/dl o con 2 o más factores de riesgo cardiovascular;
- En menores de 20 años con antecedentes de padres con enfermedad Aterosclerótica prematura o con dislipidemias primarias severas;
- En sujetos con patología vascular aterosclerótica y diabéticos.⁷

e. **Fórmula de Friedewald:**

LDL-col = colesterol total - [HDL-col + (triglicéridos/S)].

El colesterol no HDL. Este se calcula de la siguiente forma:

Colesterol no HDL = Colesterol total - HDL-col.

Cuando los triglicéridos son mayores o iguales a 200 mg/dl se puede calcular el colesterol no HDL que es la suma de las VLDL (partículas ricas en triglicéridos), y el LDL colesterol.⁷

TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LAS DISLIPIDEMIAS.

El tratamiento no farmacológico de las dislipidemias tiene como objetivo la reducción de los niveles elevados de colesterol total, Col-LDL y triglicéridos y la elevación de Col-HDL. Esto incluye la promoción de la actividad física que contribuye al logro de los objetivos mencionados.

Las medidas nutricionales se adaptarán a la clasificación clínica y tenderán a provocar un cambio del estilo de vida del individuo. Debe considerarse la implementación de estas medidas en forma progresiva a través de un programa educativo, a fin de obtener la mayor adherencia posible al programa.

Muchos pacientes, especialmente los jóvenes de bajo riesgo cardiovascular, requerirán sólo medidas no farmacológicas para lograr las metas de tratamiento. El equipo de salud deberá promover un control periódico de estos pacientes para mejorar sus capacidades de autocuidado y también para contribuir a la adherencia y mantención de los cambios en las conductas realizadas.^{7, 8}

- 1. La dieta.** Tiene que ser rica en frutas, verduras y granos integrales, con limitación de la carne roja, pescados por lo menos dos veces a la semana, evitando lo más posible grasas saturadas y grasas trans.
- 2. Ejercicios físicos.** 30 minutos todos los días de la semana, caminar rápido, bailar, ciclismo y nadar.
- 3. Evitar tabaquismo.** Eliminar tabaco o disminuirlo al mínimo.^{7, 8, 9, 10}

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Si el tratamiento no farmacológico no modifica los niveles de colesterol se podrá recomendar el tratamiento farmacológico.^{11, 12,13}

Grupo	Nombre	Beneficios	Efectos secundarios
Estatinas	lovastatina (Mevacor) fluvastatina (Lescol) atorvastatina (Lipitor) pravastatina(Pravachol) simvastatina (Zocor) rosuvastatina (Crestor)	↓ LDL y TG, un poco ↑ HDL	estreñimiento, náuseas, diarrea, dolor de estómago, calambres, dolor muscular, dolor y debilidad, interacción posible con el jugo de toronja, ↑ (ALT/AST)
Secuestradores de ácidos biliares	colestipol (Colestid) colestiramina(Questran) colesevelam (Welchol)	↓ LDL	estreñimiento, distensión abdominal, náusea, gases, puede aumentar los triglicéridos
Inhibidores de la absorción de colesterol	ezetimiba (Zetia,Ezetrol)	↓ LDL, un poco ↓ TG, un poco ↑ HDL	<i>efectos adversos (≥ 1%),</i> dolor de cabeza, diarrea, (0,1-1%), fatiga, dolor muscular, dolor muscular, aumento de las pruebas de función hepática (ALT / AST) (< 0,1%), reacción de hipersensibilidad, daño muscular
Fibratos	fenofibrato (Lofibra) gemfibrozilo (Lopid) fenofibrato (TriCor)	↓ TG ↑ HDL	náuseas, dolor de estómago, cálculos bilíares
Niacina	niacina (Vit PP, Niaspan)	↓ LDL y TG ↑ HDL	náuseas, dolor de estómago, cálculos bilíares
Estatina + inhibidor de la absorción de colesterol	ezetimiba-simvastatin (Vytorin, Inegy)	↓ LDL i TG ↑ HDL	dolor de estómago, cansancio, gases, estreñimiento, dolor abdominal, calambres, dolor muscular, dolor y debilidad, posible interacción con jugo de toronja
Statina + niacina	niacina-lovastatina (Advicor)	↓ LDL i TG ↑ HDL	enrojecimiento de la cara y el cuello, mareos, palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración, escalofríos, posible interacción con jugo de toronja
Omega-3 los ácidos grasos	Lovaza	↓ TG	eructos, sabor a pescado, el aumento de riesgo de infección

En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Se realizó una entrevista en 1993, en 417 ciudades del país, y se midieron las concentraciones sanguíneas de lípidos séricos, glucosa e insulina en 2, 206 casos en un estudio poblacional. La diferencia entre los pacientes con dislipidemia mixta y el resto de la población se estableció utilizando análisis de varianza o la prueba de *ji* cuadrada. Concluyendo que la dislipidemia mixta es muy frecuente en adultos mexicanos. Se observa predominantemente en hombres mayores de 30 años y los casos tienen otros factores de riesgo cardiovascular. Los datos sugieren que el síndrome metabólico participa en la génesis de la dislipidemia mixta.¹⁴

JUSTIFICACIÓN

Durante las últimas décadas, la mortalidad por enfermedades del corazón ha mostrado un incremento constante hasta llegar a constituirse en la primera causa de muerte en México. Entre las principales causas para el desarrollo de estas enfermedades se encuentra la aterosclerosis. Alteración estrechamente asociada a las dislipidemias, cuyas presentaciones clínicas pueden ser hipercolesterolemia, hipertriglicéridemia, hipoalfalipoproteinemia e hiperlipidemia mixta.⁴

Es necesario determinar o conocer las características epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia para detectarlos, diagnosticarlos y tratarlos en forma temprana para evitar complicaciones propias de la enfermedad y coadyuvantes de otras asociadas.

Las LDL contienen entre el 60 al 70% del colesterol total del suero y están directamente correlacionados con el riesgo de enfermedad coronaria. Las HDL normalmente contienen entre el 20 al 30% del colesterol total, estando los niveles de HDL inversamente correlacionados con el riesgo coronario. Las VLDL contienen entre el 10 al 15% del colesterol total junto con la mayoría de los triglicéridos del suero en condiciones de ayuno; las VLDL son precursoras de LDL, y algunas formas de VLDL, particularmente los remanentes de VLDL, son aterogénicos.⁵

A continuación anexo la tabla de distribución poblacional por grupos de edades de la UMF 62, IMSS. De Sayula, Jalisco.

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Población Total
Menores de 1 año	0	0	0
1 año	40	35	75
2 años	92	81	173
3 años	92	78	170
4 años	96	102	198
5 años	101	96	197
6 años	109	93	202
7 años	79	95	174
8 años	89	91	180
9 años	103	74	177
10-14 años	493	460	953
15-19 años	883	948	1831
20-24 años	917	946	1863
25-29 años	479	456	935
30-34 años	462	443	905
35-39 años	431	442	873
40-44 años	339	384	723
45-49 años	322	354	676
50-54 años	269	291	560
55-59 años	235	236	471
60-64 años	212	226	438
65-69 años	180	166	346
70-74 años	158	143	301
75-79 años	107	111	218
80-84 años	81	80	161
85 y mas	132	125	257
Total	6,501	6,556	13,057

MORBI-MORTALIDAD.

La asociación de aterosclerosis con enfermedad cardiovascular fue mostrada por primera vez en 1930 por varios autores, pero fueron Kannel et al quienes confirmaron estas observaciones desde el punto de vista epidemiológico, en 1971, al observar una fuerte correlación positiva entre las concentraciones de colesterol y el desarrollo de enfermedad cardiovascular en el estudio Framingham. Esta relación positiva y gradual de las concentraciones de colesterol y la mortalidad y morbilidad por Enfermedad cardiovascular se observa en varones y mujeres, jóvenes y ancianos, en todas las razas, y tanto en personas sanas como en personas con síntomas de enfermedad cardiovascular.⁷

VULNERABILIDAD.

Las dislipidemias son padecimientos crónicos degenerativos que presenta múltiples complicaciones, tales como: aterosclerosis, pancreatitis, coronariopatías, y síndrome metabólico. Siendo un padecimiento que no se cura, solo se controla; el grupo de edad es muy amplio, por lo cual es necesaria la detección y tratamiento de forma rápida y oportuna.

La creciente población cada vez más joven con problemas de enfermedades como Obesidad y Diabetes Mellitus, producen un riesgo elevado de padecer dislipidemias y sus complicaciones, así como el aumento de la morbimortalidad por lo cual, es importante saber las características epidemiológicas y número de pacientes afectados para lograr un mejor control y prevención.⁷

FACTIBILIDAD.

El presente trabajo se realizó de una forma sencilla, fácil y dinámica gracias a la gran cantidad de bibliografía con que contamos actualmente sobre el tema, las cuales han sistematizado y sustentado bases y tratamientos ya establecidos para la hipertensión arterial; además de contar con un expediente electrónico de cada uno de nuestros pacientes que asisten a la consulta de Medicina Familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para entender el planteamiento del problema se mostraron las características epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS en Sayula, Jalisco. Se valoró la importancia y magnitud que tienen las Dislipidemias sobre la población blanco del estudio.

IMPORTANCIA DE LA DISLIPIDEMIA.

La dislipidemia mixta es muy frecuente en población urbana adulta mexicana, se observa más en hombres mayores de 30 años y se asocia, con frecuencia, con otros factores de riesgo cardiovascular.²

Las dislipoproteinemias se asocian a varias complicaciones médicas como la enfermedad cardiovascular y la pancreatitis aguda, la obesidad y la Diabetes Mellitus. En pacientes con enfermedad cardiovascular la concentración de las lipoproteínas aterogénicas LDL, VLDL, Lp (a) se encuentra elevada y la concentración del colesterol HDL generalmente reducida.²

Las dislipidemias mixtas son un grupo de alteraciones del metabolismo de lipoproteínas que se asocian con un riesgo cardiovascular alto.

Por medio de un modelo de regresión logística fue posible identificar algunos factores causales putativos de esta dislipidemia en población mexicana. Estos incluyen la obesidad, la diabetes, las concentraciones elevadas de insulina en suero, el género masculino y el lugar de residencia.^{3,4}

A pesar de la creciente utilización de las estatinas, un número significativo de eventos coronarios y todavía se producen muchos de estos eventos, tienen lugar en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Cada vez más se está prestando atención ahora a combinado dislipidemia aterogénica que normalmente se presenta en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico.

En todos los casos deben investigarse causas secundarias de dislipemia, ya que el adecuado manejo de las mismas resulta un prerrequisito antes de establecer en forma definitiva el nivel objetivo de LDL-colesterol que se desea alcanzar con el tratamiento según la categoría de riesgo. Las situaciones a investigar son:

- Diabetes
- Hipotiroidismo
- Insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico
- Enfermedad hepática obstructiva
- Fármacos que aumentan las LDL y disminuyen las HDL, progestágenos, esteroides anabólicos, corticoides y diuréticos.^{3,4}

Esto se debe a que el colesterol tiende a fijarse en las paredes de las arterias, formando placas de ateroma, que las van estrechando hasta obstruirlas. Si bien la afectación más estudiada y comentada es la de las arterias coronarias, que lleva al infarto agudo de miocardio, en realidad esta afectación puede ocurrir a nivel de todo el árbol arterial y llevar a la afectación de los más diversos órganos. La arterioesclerosis y la ateroesclerosis son patologías importantes que en los últimos años su incidencia ha ido en aumento, a estos dos términos suelen atribuírseles diferencias, pero éstas son básicamente semánticas, así una aterosclerosis se caracteriza por un engrosamiento de la íntima (capa interna de las arterias), y un depósito de lípidos y es una variante morfológica que queda bajo el término amplio de arteriosclerosis; mientras que la arteriosclerosis significa literalmente "endurecimiento de las arterias". Sin embargo, se refiere a un grupo de enfermedades que tienen en común un engrosamiento de las paredes arteriales y una pérdida de su elasticidad. La arterosclerosis es la variante más importante y frecuente de la arteriosclerosis.^{5,}

6

Por tal motivo la pregunta de investigación es:

¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS en Sayula, Jalisco?

HIPÓTESIS

No hay hipótesis por ser un estudio observacional.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Identificar las características epidemiológicas de los pacientes con Dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS en Sayula, Jalisco.

Objetivos específicos:

- a) Determinar las características socio-demográficas de los pacientes con dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS en Sayula, Jalisco.
- b) Identificar las características clínicas de los pacientes con dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS de Sayula, Jalisco.
- c) Señalar las características bioquímicas de los pacientes con dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS de Sayula, Jalisco.
- d) Identificar los factores de riesgo en los pacientes con dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS de Sayula, Jalisco.
- e) Señalar las patologías agregadas en los pacientes con dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS de Sayula, Jalisco.
- f) Demostrar el tratamiento establecido en los pacientes con dislipidemia que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS de Sayula, Jalisco.

MATERIAL Y METODOS

Diseño: Observacional, descriptivo y transversal

Universo: El total de la población Derechohabiente de la UMF 62. Del IMSS en Sayula, Jalisco es de 13,057 pacientes, de los cuales 8,727 son mayores de 20 años, que representa el 66.8% del total de la población.

Tamaño de muestra: 154 pacientes con dislipidemia mayores de 20 años que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS en Sayula, Jal. En base a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993, DGE/INNSZ) se observó una prevalencia en la población adulta del 11.2%.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Inclusión:

1. Derechohabientes adultos mayores de 20 años que acudieron a la consulta externa de Medicina familiar. Con diagnóstico de Dislipidemia.
2. Derechohabientes con diagnóstico de Dislipidemia.
- 4.- Derechohabientes registrados en la UMF No. 62. Sayula, Jalisco.

No inclusión o eliminación:

1. Que voluntariamente no aceptaron
2. Pacientes psiquiátricos o con impedimento neurológico para el estudio.
3. Que no acudieron al citatorio.

VARIABLES:

SOCIODEMOGRÁFICAS.

- Edad.
- Sexo.
- Derechohabiente
- Tabaquismo
- Actividad física
- Alcoholismo.

CLÍNICAS.

- Peso.
- Talla.
- Índice de masa corporal.
- Presión arterial.
- Circunferencia de cintura.
- Condiciones clínicas.
- Situación comorbida.
- Antecedentes
- Tratamiento

BIOQUÍMICAS.

- Colesterol.
- Triglicéridos.

VARIABLES

NOMBRE	SIGNIFICADO	INDICADOR	TIPO	ESTADIGRAFO
EDAD	Tiempo de vida	Años	Cuantitativa	Media, Desv. Estándar, Rango
SEXO	Masculino-Femenino	Masculino Femenino	Cualitativa	Frecuencia simple y relativa
INDICE DE MASA CORPORAL	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. (*2). $\text{Peso/Talla}^2 = \text{IMC}$	Numérica	K/Mts. ²	Media \pm desviación estándar
HIPERTRIGLICERIDEMIA	Aumento de triglicéridos $\geq 150\text{mg/dl}$.	Si - No	Cualitativa	Frecuencia simple y relativa
HIPERCOLESTEROLEMIA	Aumento de colesterol $>200\text{mg}$.	Si - No	Cualitativa	Frecuencia simple y relativa
HIPERTENSION ARTERIAL	Presión de flujo de sangre en el interior de las arterias $\geq 130\text{ mm/Hg}$. Sistólica y $\geq 85\text{ mm/Hg}$. Diastólica.	Si - No	Cualitativa	Frecuencia simple y relativa
ANTECEDENTES	Presencia de patologías cardiológicas	Si - No	Cualitativa	Frecuencia simple y relativa
PERIMETRO DE CINTURA	Longitud de la distancia abdominal medida a nivel de las crestas ilíacas $> 90\text{cm}$	Si - No	Cualitativa	Frecuencia simple y relativa

Condiciones clínicas.	Como llega el paciente a consulta que signos y síntomas presenta	Catagórica	Presencia de cefalea de que tipo. Vómitos Frecuencia cardiaca en 1 minuto. Otras.	Frecuencia simple y relativa.
Tabaquismo	Se le llama a la Intoxicación aguda o crónica por el abuso del tabaco. Activo o Inactivo	Catagórica	Si o No	Frecuencia simple y relativa.
Cantidad de cigarrillos	Número de cigarros al día	Numérica	1-50	Media Mediana \pm desviación estándar
Tratamiento	Conjunto de medios que se emplean para tratar una enfermedad o para combatirla.	Catagórica	-Terapia inicial -Tratamiento Establecido ---- Tratamiento alternativo. <ul style="list-style-type: none">• Nulo• Efectivo• Regular• Satisfactorio	Frecuencia simple y relativa
Actividad física	Operaciones propias de una persona positivas	Catagórica	Recomendación de actividad física moderada de 30 a 45 minutos de caminata de preferencia cuatro o más días de la semana. 1. Positivo 2.negativo	Frecuencia simple y relativa.
Situación comorbida	Condiciones clínicas que presenta el paciente al momento de su observación	Catagórica	•Diabetes Mellitus •Hipertensión Arterial •Obesidad. •Riesgo Cardiovascular •Post Infarto Agudo al Miocardio	Frecuencia simple y relativa

Alcoholismo	<p>Trastorno temporal agudo o crónico causado por el abuso de bebidas alcohólicas.</p> <p>Enfermedad caracterizada por manifestaciones morbosas debidas a intoxicación por alcohol etílico. Limitar la ingesta de alcohol a no más de 1 oz (30 ml, v.gr., 24 oz de cerveza,</p> <p>10 oz de vino, 2 oz de whisky) o a 0.5 oz para mujer y personas de poco peso</p> <p>Mantener ingesta adecuada de potasio (90 mmol/día)</p>	categórica	Si, no	Frecuencia simple y relativa
Exámenes de laboratorio.	Exámenes que presente el paciente para su revisión en consulta	Categórica	Triglicéridos Colesterol Examen general de orina Otros	Frecuencia simple y relativa.
Lugar de la entrevista	Espacio donde es revisado el paciente	Categórica	Consulta externa Urgencias	Frecuencia simple y relativa.
Tiempo de diagnosticada la dislipidemia	Evolución de la patología actual estudiada.	categórica	Años Meses	Frecuencia simple y relativa.
Veces que acude a consulta en el año para control	Ocasiones en que acude a consulta por causa de su dislipidemia	categórica	Si lo hace cuantas veces por: Día _____ semana, _____ mes	Frecuencia simple y relativa.
Estado nutricional del paciente.	Estado que guarda el paciente de acuerdo a escalas de nutrición	categórica	Nutrido: ____ Desnutrido _____ Obeso _____ o Bueno ____ Malo _____ Regular _____	Frecuencia simple y relativa.

PROCEDIMIENTO.

- A- Localización de pacientes.
- B- Solicitud de permiso a pacientes.
- C- Extracción de variables.

En la Consulta Externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 IMSS de Sayula, Jalisco; a los pacientes con diagnóstico anterior (realizado por algún facultativo en el IMSS) de Dislipidemia, se les informó sobre el proyecto de investigación y se les solicitó su autorización o permiso para ingresarlo a dicho proyecto. Los pacientes que aceptaron, en forma consecutiva hasta completar el tamaño de muestra dentro de la consulta, se les tomó peso y talla con báscula y estadiómetro; se les tomó la presión arterial con brazaletes que cubriera el 100% del brazo y 3 cm por arriba del pliegue cutáneo del brazo. Se anotó el número de afiliación del derechohabiente, se le midió la circunferencia de cintura a los pacientes con cinta métrica a nivel de cicatriz umbilical y se les solicitaron exámenes de laboratorio en ayunas: colesterol total y triglicéridos, se les solicitaron sus resultados y se citó al paciente en 15 días para valorarlo. Por último, se realizó la recolección de datos de cada uno de los pacientes llenando el cuestionario (ver anexo) en forma directa elaborado para dicho fin con todas las variables incluidas previo consentimiento informado verbal.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La descripción de las variables categóricas se realizaron con frecuencia simple y porcentaje, para la descripción de las variables numéricas se utilizaron promedio y desviación estándar.

Se utilizó el programa de computación EPI INFO 2000.

Los resultados se expresaron en tablas de distribución de frecuencias.

ASPECTOS ÉTICOS.

Los procedimientos que se proponen en este estudio están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud y con la Declaración de Helsinki en 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

Declaro que se respetaron los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, la Enmienda de Tokio, el informe Belmont y el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

La realización de este proyecto de Investigación fue sometida para su autorización por el Comité de Ética e Investigación 1306 del Hospital General Regional No. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco. Basado en:

La declaración de Helsinki en donde se establece las recomendaciones para los médicos que realizan investigaciones biomédicas con seres humanos.

Adoptada por la 18va. Asamblea Médica Mundial, realizada en Helsinki, Finlandia en Junio del 1964 y modificada por la 41ta. Asamblea Médica Mundial en Hong Kong, China en septiembre de 1989.

Esta bajo los procedimientos propuestos y están de acuerdo con las normas éticas y el Reglamento de la Ley General de Salud, considerando como de riesgo mínimo, aunque las actividades del estudio son parte de la atención del paciente en el IMSS

Se consideró el respeto al paciente para participar, la confidencialidad de los datos y su libertad para retirarse del estudio, además de su derecho a conocer la finalidad del mismo.

La encuesta es parte de la historia clínica que se le debe realizar al paciente y se le solicitó su consentimiento verbal, por ser parte de las actividades usuales y cotidianas de la atención integral de los pacientes en la consulta externa.

RECURSOS.

- Humanos:

Dra. Irma Pérez Macedo

Alumno: Dr. Pedro Antonio Gómez Gutiérrez

- Materiales:

Cinta métrica.

Baumanómetro.

Estadiómetro.

Hojas blancas

Impresora.

Computadora.

Estetoscopio.

Báscula.

Reactivos de laboratorio para la toma de colesterol y triglicéridos.

FINANCIAMIENTO.

Los reactivos y proceso de laboratorio se realizaron en HGZ/MF No. 9 como parte de la atención del paciente.

La infraestructura, báscula, estadiómetro, computadora e impresora, se contó con las disponibles en la UMF No. 62 IMSS de Sayula, Jal.

El resto del financiamiento fue a cargo del tesista.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Dic. 2011 a ene 2013	Ene 2013	Feb 2013- julio 2013	Agosto- sept 2013	Oct 2013	Nov 2013
PLANEACIÓN						
AUTORIZACIÓN						
EJECUCIÓN						
ANÁLISIS						
INTERPRETACIÓN						
DIFUSIÓN						

RESULTADOS

A). Sociodemográficos:

EDAD DE LOS ESTUDIADOS.

Se tuvo un promedio de edad de los 55.9 ± 13.18 años. La edad mínima fue de 29 años y la máxima 85 años.

La tabla. #1 Nos muestra la frecuencia de edad de las entrevistadas por grupos.

TABLA # 1.- Grupos de edades en los participantes del estudio

Grupo de Edades	Número de personas	%
21 a 30	3	1.9
31 a 40	15	9.7
41 a 50	36	23.4
51 a 60	52	33.8
61 a 70	23	14.9
71 a 80	18	11.7
81 a 90	7	4.6
TOTAL	154	100%

SEXO.

El sexo de los estudiados presentaron promedio 55.99 ± 13.18 personas.

La tabla # 2 Nos muestra la frecuencia del sexo de los pacientes estudiados.

TABLA #2. Sexo de los participantes del estudio

SEXO	Número de personas	%
MASCULINO	70	45.5
FEMENINO	84	54.5
TOTAL	154	100%

B) Antecedentes clínicos:**PESO EN LOS ESTUDIADOS.**

Los pacientes estudiados mostraron un promedio de peso promedio de $79.2k \pm 14.20$ kilos. La tabla # 3 nos muestra la frecuencia de peso de los pacientes estudiados.

TABLA # 3 Peso de los participantes del estudio

PESO	NUMERO DE PERSONAS	%
50 a 60	14	9.0
61 a 70	25	16.3
71 a 80	61	39.7
81 a 90	24	15.6
91 a 100	15	9.8
101 a 110	10	6.5
111 a 120	4	2.5
121 a 130	1	0.6
TOTAL	154	100%

TALLA.

La talla de los pacientes estudiados mostro promedio de 162.55 ± 7.64 mts

La tabla # 4nos muestra la frecuencia de la talla de los pacientes estudiados.

TABLA # 4 Talla de los participantes del estudio

TALLA	NUMERO DE PERSONAS	%
140 a 150	8	5.2
151 a 160	63	40.9
161 a 170	64	41.5
171 a 180	16	10.5
181 a 191	3	1.9
TOTAL	154	100%

ESTADO NUTRICIO.

El estado nutricional de los pacientes estudiados de acuerdo a su IMC se inclinó hacia el sobrepeso y obesidad tipo I de acuerdo a la clasificación de la OMS. Con un promedio de 29.7 ± 4.63 Kg/mt².

La tabla # 5 nos muestra el estado Nutricional de los pacientes estudiados.

TABLA # 5 Estado nutricional de los participantes del estudio

ESTADO NUTRICIO	NUMERO DE PERSONAS	%
NORMAL	21	13.6
SOBREPESO	63	40.9
OBESO TIPO I	47	30.6
OBESO TIPO II	18	11.7
OBESO TIPO III	5	3.2
TOTAL	154	100%

ANTECEDENTES.

La tabla # 6 y 7 nos muestra la frecuencia de Antecedente de Diagnóstico de Hipertriglicéridemia e Hipercolesterolemia de los pacientes estudiados.

TABLA # 6 Antecedentes de los participantes del estudio

HIPERTRIGLICERIDEMIA	NÚMERO DE PERSONAS	%
POSITIVO	140	90.9
NEGATIVO	14	9.1
TOTAL	154	100%

TABLA # 7 Antecedentes de los participantes del estudio

HIPERCOLESTEROLEMIA	NÚMERO DE PERSONAS	%
POSITIVO	89	57.7
NEGATIVO	65	42.3
TOTAL	154	100%

C) ESTADO CLINICO:

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA.

La Tensión Arterial Sistólica presentó un promedio de 127 ± 13.88 mmHg.

La tabla# 8 nos muestra la frecuencia de la Tensión Arterial Sistólica de los pacientes estudiados.

TABLA # 8 Tensión arterial sistólica de los participantes del estudio.

TAS	NÚMERO DE PERSONAS	%
100 a 110	30	19.4
111 a 120	35	22.8
121 a 130	45	29.3
131 a 140	26	16.8
141 a 150	11	7.2
151 a 160	7	4.5
TOTAL	154	100%

TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA.

La Tensión Arterial Diastólica presentó un promedio de 80 ± 9.37 mmHg.

La tabla #9. Nos muestra la frecuencia de la Tensión Arterial Diastólica de los pacientes estudiados.

TABLA # 9 Tensión Arterial Diastólica de los participantes del estudio.

TAD	NÚMERO DE PERSONAS	%
60 a 70	44	28.5
71 a 80	58	37.7
81 a 90	40	25.9
91 a 100	12	7.9
TOTAL	154	100%

PATOLOGIAS CARDIÁCAS.

La tabla #10 nos muestra frecuencia de Antecedentes de patologías cardiacas de los pacientes estudiados.

TABLA # 10 **Antecedentes de Patologías Cardiacas de los participantes del estudio**

PATOLOGIAS CARDIACAS	NÚMERO DE PERSONAS	%
POSITIVO	12	7.7
NEGATIVO	142	92.3
TOTAL	451	100%

PERÍMETRO DE CINTURA.

El perímetro de cintura evaluado mediante medición con cinta métrica arrojó promedio de 99.76 \pm 11.53 cm.

La tabla# 11. Nos muestra la frecuencia de Perímetro de Cintura de los pacientes estudiados.

TABLA # 11 **Perímetro de Cintura de los participantes del estudio.**

PERÍMETRO DE CINTURA	NÚMERO DE PERSONAS	%
71 a 80	9	5.8
81 a 90	23	14.9
91 a 100	61	39.8
101 a 110	37	24.0
101 a 120	16	10.4
121 a 130	6	3.9
131 a 140	2	1.2
TOTAL	154	100%

CONDICIONES CLÍNICAS.

La tabla # 12 nos muestra la frecuencia de condiciones clínicas de los pacientes estudiados

TABLA #12 Condiciones clínicas de los participantes del estudio

CEFALEA Y VÓMITOS	NÚMERO DE PERSONAS	%
POSITIVO	0	0
NEGATIVO	154	100
TOTAL	154	100%

TABAQUISMO.

La tabla # 13 nos muestra la frecuencia de uso de tabaquismo de los pacientes estudiados.

TABLA # 13 Tabaquismo de los participantes del estudio.

TABAQUISMO	NÚMERO DE PERSONAS	%
POSITIVO	31	20.1
NEGATIVO	123	79.9
TOTAL	154	100%

CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DÍA.

La cantidad de cigarrillos por día consumidos por los pacientes estudiados es promedio de 1.6 ± 3.66 cigarrillos por día.

La tabla # 14 nos muestra la frecuencia de Número de Cigarrillos por día de los pacientes estudiados.

Tabla # 14 Número de cigarrillos por día de los participantes del estudio.

CANTIDAD DE CIGARRILLOS AL DÍA	NÚMERO DE CIGARRILLO	%
0	122	79.3
1 a 5	17	11.0
6 a 10	12	7.8
11 a 15	2	1.3
16 a 20	1	0.6
TOTAL	154	100%

APEGO A TRATAMIENTO.

La tabla # 15 nos muestra la frecuencia de apego a tratamiento de los pacientes estudiados.

Tabla # 15 Apego a tratamiento de los participantes del estudio.

APEGO A TRATAMIENTO	NÚMERO DE PERSONAS	%
REGULAR	154	100%
TOTAL	154	100%

ACTIVIDAD FÍSICA.

La tabla # 16 Nos muestra la frecuencia de la actividad física de los pacientes estudiados.

Tabla # 16 Actividad física de los participantes del estudio.

ACTIVIDAD FÍSICA.	NÚMERO DE PERSONAS	%
POSITIVA	45	29.22
NEGATIVA	109	70.78
TOTAL	154	100%

COMORBIDOS.

La tabla # 17 nos muestra la frecuencia de enfermedades comorbidas de los pacientes estudiados.

TABLA # 17 Enfermedades comórbidas de los participantes del estudio.

COMÓRBIDA	NÚMERO DE PERSONAS	%
DIABETES MELLITUS	63	40.90
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	50	32.46
ANEMIA	1	0.64
HIPOTIROIDISMO	2	1.29
EPOC	1	0.64
HIPERURICEMIA	9	1.29
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	7	4.54
ARRITMIA	1	0.64
DIABETES INSÍPIDA	1	0.64
EPILEPSIA	2	1.29
HIPOTIROIDISMO	2	1.29
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	1	0.64
GLAUCOMA	1	0.64
LABERINTITIS	2	1.29
OSTEOPOROSIS	2	1.29
ARTRITIS	1	0.64
DISLIPIDEMIA	29	18.83

RIESGO CARDIOVASCULAR.

La tabla # 18 Nos muestra la frecuencia de Riesgo Cardiovascular de de los pacientes estudiado de a cuerdo a sus factores de riesgo.

Tabla # 18. Riesgo Cardiovascular de los participantes del estudio

RIESGO CARDIOVASCULAR	NÚMERO DE PERSONAS	%
BAJO	40	25.9
MODERADO	49	31.9
ALTO	48	31.2
MUY ALTO	17	11.0
TOTAL	154	100%

ALCOHOLISMO.

La tabla # 19 Nos muestra la frecuencia de Alcoholismo de los pacientes estudiados.

Tabla #19 Alcoholismo de los participantes del estudio.

ALCOHOLISMO	NÚMERO DE PERSONAS	%
POSITIVO	11	7.1
NEGATIVO	143	92.9
TOTAL	154	100%

D). RESULTADOS DE LABORATORIO.

NIVELES DE TRIGLICÉRIDOS.

El promedio de Triglicéridos en sangre de los pacientes estudiados fue de 275 \pm 159.1mg/dl. La tabla #20, nos muestra la frecuencia de Nivel de Triglicérido de los pacientes estudiados.

Tabla #20 Resultados de Laboratorio de los participantes del estudio

NIVEL DE TRIGLICÉRIDOS	NÚMERO DE PERSONAS	%
50 a 100	2	1.29
101 a 150	15	9.74
151 a 200	38	24.67
201 a 250	40	25.97
251 a 300	22	14.28
301 a 350	8	5.19
351 a 400	8	5.19
401 a 450	6	3.89
451 a 500	3	1.94
501 a 550	1	0.64
551 a 600	4	2.59
601 a 650	1	0.64
651 a 700	0	0
701 a 750	2	1.29
751 a 800	1	0.64
801 a 850	1	0.64
851 a 900	1	0.64
901 a 950	0	0
951 a 1000	0	0
1001 a 1050	0	0
1051 a 1100	0	0
1101 a 1150	0	0
1151 a 1200	0	0
1201 a 1250	1	0.64
TOTAL	154	100%

INTERPRETACION DE RESULTADOS DE LABORATORIO.

La tabla # 21 Nos muestra la frecuencia de Hipertrigliceridemia de los pacientes estudiados.

Tabla 21. Hipertrigliceridemia en los participantes del estudio.

HIPERTRIGLICERIDEMIA	FRECUENCIA	%
SI	141	91.5
NO	13	8.5
TOTAL	154	100%

NIVELES DE COLESTEROL.

El promedio de Colesterol en sangre de los pacientes estudiados fue de 208 \pm 40.36mg/dl.

La tabla # 22 Nos muestra la frecuencia de Nivel de Colesterol de los pacientes estudiados.

Tabla # 22 Resultados de Laboratorio de los participantes del estudio.

HIPERCOLESTEROLEMIA	NÚMERO DE PERSONAS	%
50 a 100	1	0.6
101 a 150	15	9.7
151 a 200	50	32.4
201 a 250	62	40.2
251 a 300	22	14.2
301 a 350	3	1.9
351 a 400	0	0
401 a 450	0	0
450 a 500	1	0.6
TOTAL	154	100%

INTERPRETACION DE RESULTADOS DE LABORATORIO.

La tabla # 23 Nos muestra la frecuencia de Colesterol de los pacientes estudiados.

Tabla # 23 Hipercolesterolemia en pacientes del estudio.

HIPERCOLESTEROLEMIA	FRECUENCIA	%
NO	92	59.7
SI	62	40.3
TOTAL	154	100%

EXAMEN GENERAL DE ORINA.

En los resultados de laboratorio se encontró solo 3.1% de estos anormales.

La Tabla #24 Nos muestra la frecuencia de los resultados Examen General de Orina de los pacientes estudiados.

Tabla #. 24. Infección de vías urinarias de pacientes estudiados.

EXAMEN GENERAL DE ORINA	FRECUENCIA	%
NORMAL	149	96.8
INFECCIÓN	4	2.6
PROTEINURIA	1	0.6
TOTAL	154	100%

NIVELES DE GLUCOSA.

Los niveles de glucosa en los pacientes estudiados de acuerdo a los resultados de laboratorio, la presencia de niveles de glucosa por arriba de lo normal fue un 44.9% de los pacientes. Promedio 116 ± 48.43 mgdl.

La tabla # 25 Nos muestra la frecuencia de los resultados de Glucosa de los pacientes estudiados.

TABLA 25. Resultados de glucosa en sangre de pacientes estudiados.

GLUCOSA	FRECUENCIA	%
60 a 100	85	55.2
101 a 140	43	27.9
141 a 180	11	7.2
181 a 220	5	3.3
221 a 260	6	3.9
261 a 300	3	1.9
301 a 350	1	0.6
TOTAL	154	100%

ANTIGÜEDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE DISLIPIDEMIA.

El tiempo de diagnóstico de Dislipidemia en los pacientes estudiados en promedio es 4.2 ± 2.76 años.

La tabla # 25 Nos muestra la frecuencia de Antigüedad de Diagnóstico de Dislipidemia de los pacientes estudiados.

TABLA 25. Antigüedad de Diagnóstico de Dislipidemia en años.

TIEMPO DE DIAGNOSTICO	PACIENTES	%
0 a 1	40	25.9
2	18	11.6
3	19	12.3
4	16	10.3
5	17	11.0
6	8	5.1
7	23	14.9
8	2	1.3
9	5	3.3
10	2	1.3
11	2	1.3
13	2	1.3
TOTAL	154	100%

NÚMERO DE CONSULTAS AL MES.

El número de consultas por mes en los pacientes estudiados fue 1 por mes en el 100% de los pacientes estudiados.

CALIDAD DE DIETA.

La tabla # 26 nos muestra la frecuencia de Calidad en la Dieta de los pacientes estudiados.

TABLA 26. Calidad de dieta en pacientes estudiados.

DIETA	FRECUENCIA	%
BUENA	10	6.4
REGULAR	79	51.3
MALA	65	42.3
TOTAL	154	100%

DISCUSIÓN

La edad más frecuente de las personas con Diagnóstico de Dislipidemias incluidas en este estudio se encontró por arriba de los 30 años, lo cual coincide con los estudios realizados anteriormente en México y E.U.A. en donde también se mencionan que a mayor edad aumenta el riesgo de padecer esta patología.^{1,2.}

Encontramos relación entre las dislipidemias con la frecuencia de sobrepeso y obesidad en la población estudiada. En relación al género en el presente estudio, el sobrepeso y la obesidad es un fenómeno más frecuente en mujeres que en hombres; sobre este tópico en E.U.A. es más frecuente en hombres que en mujeres, pero el actual estudio concuerda con los estudios realizados en México. La explicación pudiera ser multicausal, ya que, sabemos que factores como la dieta, ejercicio, factores ambientales y la genética podrían intervenir en este fenómeno^{1,2,5.}

Entre los principales factores para el desarrollo de enfermedades cardíacas se encuentra la aterosclerosis, alteración estrechamente asociada a las dislipidemias, cuyas presentaciones clínicas pueden ser: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipoalfalipoproteinemia e hiperlipidemia mixta, siendo factores de riesgo modificables^{3,4} En el actual estudio encontramos una frecuencia en relación considerable con enfermedades como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus 2, aunque muy baja frecuencia de Cardiopatías.

Los factores de riesgo como tabaquismo y alcoholismo se encuentran presentes en forma mínima en personas incluidas en este estudio en relación con la Dislipidemia, lo cual es similar a estudios anteriores en donde mencionan que la hipertrigliceridemia con niveles menores de 300mgdl generalmente son de causa secundaria⁴, al igual en bebedores activos de altas cantidades de alcohol.^{6.} Por otra parte, la obesidad, hábitos dietéticos inadecuados y el sedentarismo son factores de riesgo que se encontraron relacionados con esta patología en una cantidad importante de personas incluidas en este estudio.

La correlación entre Dislipidemias, obesidad, sobrepeso (IMC), alteraciones de la glucosa, presión diastólica y sistólica estuvo presente en nuestro estudio. Estos resultados son acordes con los reportados con estudios previos.^{7,8} y nos sugieren que un porcentaje importante de nuestros pacientes presentan riesgo e inicio del Síndrome Dismetabólico que como sabemos está conformado por Dislipidemia, hiperglicemia, hiperuricemia, obesidad e hipertension arterial.¹⁰

CONCLUSIÓN

Los resultados en este estudio nos permitieron obtener algunas conclusiones, de acuerdo a características epidemiológicas del grupo estudiado en la clínica UMF 62 del IMSS, en la ciudad de Sayula, Jalisco.

Las personas incluidas en este estudio habitan en la ciudad de Sayula, Jalisco. Cuentan con una cantidad importante de medios laborales y de subsistencia, lo cual permite un nivel económico medio. La ciudad se caracteriza por una población extensa de nivel académico bajo, ya que solo existen escuelas del nivel básico, el cual interesa solo a parte de las nuevas generaciones; teniendo que emigrar en caso de deseo de estudios superiores o un mejor trabajo bien remunerado. Con esto se puede concluir la situación sociodemográfica, en la cual la mayoría de las personas incluidas en este estudio cuentan con estudios mínimos, sueldos bajos, seguridad social y un nivel de cultura y economía limitadas. Todo lo anterior en combinación podría ser un factor de riesgo para presentar Dislipidemias, ya que, el factor económico puede relacionarse a baja capacidad adquisitiva, con dificultad para adecuarse a una dieta balanceada debido a sus costos, desconocimiento o falta de interés, agregándose a otros factores de riesgo.

Las características clínicas: sobrepeso (IMC), estado nutricional e índice de cintura, están estrechamente relacionados con los hábitos alimenticios inadecuados y falta de actividad física muy frecuente en este estudio.

Las pruebas bioquímicas son determinantes para el diagnóstico de Dislipidemia, ya que, clínicamente es imposible determinarlo. En este estudio resultó mayor frecuencia de Hipertriglicéridemia en comparación con la Hipercolesterolemia, la combinación de estas dos alteraciones bioquímicas, (Dislipidemia Mixta) están presentes en algunos casos lo cual aumenta la probabilidad de complicaciones. En conjunto con la frecuencia de niveles alterados de Glucosa sérica, hay alto riesgo de desarrollo de Síndrome Dismetabólico en un número importante de pacientes. Los exámenes de orina

no representaron relación ni importancia para este estudio por encontrar una prevalencia muy baja de alteraciones en los resultados.

En las personas incluidas en este estudio se identifican factores de riesgo para padecer Dislipidemias y sus complicaciones como dieta inadecuada y falta de actividad física, relacionados también con factores como alcoholismo y tabaquismo; estos últimos aunque con una baja frecuencia, resultan importantes en este grupo, ya que, se agregan como más factores de riesgo.

La presencia de comorbidos como Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial Sistémica, son patologías frecuentes que se relacionaron con la Dislipidemia y sus complicaciones. La presencia de descompensación de estas patologías con niveles altos en la Tensión Arterial y Glucosa sérica, son también frecuentes en el actual estudio a pesar de que las personas aseguran apego a los tratamientos establecidos. Las Cardiopatías representaron una baja frecuencia. Otras patologías como Hipotiroidismo, Epilepsia, Osteoporosis, Laberintitis y Glaucoma, resultaron presentes en baja frecuencia, pero no representan un factor de riesgo para la complicación de la patología en estudio.

El total de los pacientes incluidos tienen tratamiento establecido, el cual toman regularmente y pertenecen al cuadro básico del IMSS, siendo las estatinas (pravastatina 10mg) y fibratos (bezafibrato 100mg). A pesar de los tratamientos establecidos, se identifica respuesta variable incluso en tratamientos establecidos por largos periodos.

SUGERENCIAS

A) A LOS PACIENTES:

1. Mantener dieta y actividad física continua y adecuada.
2. Informarse de los programas de prevención y control de enfermedades.
3. Acercamiento a programas de Educación sobre Nutrición.
4. Apego a tratamiento Farmacológico y no Farmacológico.
5. Acudir puntual a sus citas médicas.
6. Disminuir factores de riesgo como tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y control de sus enfermedades comorbidas.
7. Educación y enseñanza de hábitos dietéticos y actividad física adecuados a sus nuevas generaciones.

B) AL PERSONAL MÉDICO :

1. Conocimiento de la patología para evitarla, controlarla o tratarla adecuadamente, así como, sus complicaciones.
2. Detección oportuna de factores de riesgo y antecedentes familiares de sus pacientes, así como, sus características bioquímicas.
3. Tratamiento preventivo no farmacológico.
4. Conocer, detectar y tratar comorbidos.
5. Evitar complicaciones de la patología y sus comorbidos.
6. Conocer farmacología de los medicamentos.
7. Aplicar los programas establecidos en tiempo y forma.
8. Conocimientos básicos de nutrición y dietética.
9. Empatía, promoción de la salud y educación de sus pacientes.

C) A LA INSTITUCION:

1. Promoción de la salud.
2. Promoción a sus programas educativos, informativos y preventivos establecidos.
3. Capacitación a personal del departamento de Medicina Preventiva y primer nivel de atención para la promoción de los programas e información de los derechohabientes.
4. Proporcionar los medios para la investigación y tratamiento de la patología.

SUGERENCIAS

A) A LOS PACIENTES:

En la Dislipidemia como en otras patologías la participación de los pacientes en el cuidado de su salud es esencial, es necesario el apego a dieta adecuada, ejercicio, evitar otros factores de riesgos como alcoholismo y tabaquismo; para lograrlo puede apoyarse en programas preventivos y de nutrición existentes en Unidades Médicas. Al someterse a un tratamiento médico requiere apegarse a este, así como, acudir a sus citas médicas. Para lograr una mayor trascendencia en la prevención, se debe informar y educaren el tema a sus nuevas generaciones.

B) AL PERSONAL MÉDICO :

Conocer ampliamente la patologíapermitirá prevenirla, controlarla o tratarla adecuadamente, así también sus complicaciones. Es importante detectar en forma oportuna los factores de riesgo y Heredofamiliares. Realizar pruebas bioquímicas a pacientes con factores de riesgo para permitir tratamiento oportuno Farmacológico y no Farmacológico. Así también, detectar, controlar y tratar comorbidos, de esta forma disminuir posibilidades de complicaciones. El conocer la farmacología de los medicamentos requeridos para permitir un tratamiento en dosis, tiempo y contraindicaciones. Conocer y aplicar los programas de prevenIMSS para prevención de enfermedades y aplicar consejos dietéticos. Tener empatía con sus pacientes es importante para el cumplimiento de indicaciones y tratamiento, con conciencia en que la relación médico paciente en conflicto provoca baja credibilidad del paciente e incumplimiento de tratamientos.

C) A LA INSTITUCION:

Promoción a los programas establecidos de prevención, detección e información (nutrición, Diabetes, HAS, Colesterol) para llegar y captar al mayor número de pacientes, disminuirán la cantidad de enfermos, factores de riesgo y complicaciones de esta y otras enfermedades. Para el buen funcionamiento de los programas de Salud es esencial la capacitación del personal involucrado y los relacionados con ellos. Para el control adecuado de pacientes con Dislipidemias, deberá proporcionar los medios para la investigación y tratamiento de la patología.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud, Programa Salud Del Adulto. Normas Técnicas de Dislipidemia. Gobierno de Chile. 2000: 7-75.
2. Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Dislipidemias. Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos 2003: 7-17.
3. Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwits M. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Madrid: Elsevier; 2007. Pag 1-9
4. Arteaga A, Maiz A, Olmos P, Velasco N. Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Escuela de Medicina P. Universidad Católica de Chile 1997 20:88-93
5. British Geriatrics Society. Interaction of HDL Cholesterol Concentrations on the relationship between physical function and inflammation in community-dwelling older persons. Oxford University 2010: 39(1), January: 1-8.
6. Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA. Alcohol consumption, TaqIB polymorphism of cholesterol ester transfer protein, high-density lipoprotein cholesterol, and risk of coronary heart disease in men and women. European Heart Journal 2008: 1-12
7. Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Medicina Preventiva. Guías para la detección, el diagnóstico y Tratamiento de las Dislipidemias para el primer nivel de atención. San José de Costa Rica, 2004: 2-35. Disponible en Internet en la pagina: www.binasss.sa.cr/dislipidemias.pdf
8. Cardiology Department, Molecular Immunology Laboratory St Thomas Hospitals, ,Genovefa Kolovou, Vana Kolovou, Iobannis Vasiliadis Ideal lipid profile and genes for an extended life Span. Curr Opin Cardiol. Walters' Kluwer Health; 2011:15.

9. Editorial. Hipercolesterolemia Familiar. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000392.htm>
10. Rodríguez Porto A, Sánchez León M y Martínez Valdés L. Síndrome Metabólico, Enfoque actual. Rev Cubana Endocrinol 2002;13(3):238-50
11. National Heart, Lung, and Blood Institute. Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. (Adult Treatment Panel III) 2004:1-7. Disponible en:
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/#top>
12. Editorial. Clasificación, diagnóstico y tratamiento de dislipidemia. Versión impresa ISSN 1409-4142 Rev. Costarricense Cardiol 2000;2:5 -29.
13. Aguilar SC, Rojas R. Resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Características de los casos con dislipidemias mixtas en un estudio de Población. Salud Pública de México 2004;44(6):547-551
14. Garcia-Alvarez I., Castillo S., Mozas P., Tejedor D., Reyes G., Artieda M., Cenarro A., Alonso R., Mata P., Pocovi M., Civeira F. Diferencia en la presentación clínica en sujetos con fenotipo de hipercolesterolemia familiar por defectos en el receptor LDL y por Defectos de la apo B-100. Rev Esp Cardiol. 2003 Aug;56(8):769-74..

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Sayula, Jalisco a _____ de _____

“Características epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia que acude a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 62 del IMSS en Sayula, Jalisco”.

Nombre del paciente: _____

Núm. De afiliación: _____

Fecha: _____

EDAD			
SEXO	FEM.	MASC	
IMC			
HIPERTRIGLICERIDEMIA	>150mg/dl	SI	NO
HIPERCOLESTEROLEMIA	>200mg/dl	SI	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	>130/85	Si	No
ANTECEDENTES	Presencia de patologías cardiológicas	Si	No
PERIMETRO DE CINTURA	<90cm.	Si	No
CONDICIONES CLÍNICAS.	Cefalea Si No	Vómitos Si No	
TABAQUISMO	Si	No	
CANTIDAD DE CIGARRILLOS	1-5 6-10 11-15	16-20 21-25 26-30	

		>30	
TRATAMIENTO	Terapia inicial: - nulo - efectivo - regular - satisfactorio	Tratamiento establecido: - nulo - efectivo - regular - satisfactorio	Tratamiento alternativo - nulo - efectivo - regular - satisfactorio
ACTIVIDAD FÍSICA	30 a 40 min. Al día		Si No
SITUACIÓN COMORBIDA	- Diabetes Mellitus - Obesidad. - Riesgo cardiovascular		- Post Infarto Agudo al Miocardio - Hipertensión Arterial
ALCOHOLISMO	Si		No
EXÁMENES DE LABORATORIO.	- Triglicéridos - Colesterol - Examen general de orina - Otros		
LUGAR DE LA ENTREVISTA	Consulta externa		Urgencias
TIEMPO DE DIAGNOSTICADA LA DISLIPIDEMIA	Años		Meses
VECES QUE ACUDE A CONSULTA EN EL AÑO PARA CONTROL	Cuantas veces por: - Día _____ - Semana _____ - Mes _____		
ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE.	Nutrido: _____ Desnutrido _____ Obeso _____	Bueno _____ Malo _____ Regular _____	