

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERIA



TESIS

“Prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2025”

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTOR: Flores Inocente, Kenndy

ASESOR: Fretel Quiroz, Nicolas Magno

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

- Tesis (x)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Promoción de salud - prevención de la enfermedad - recuperación del individuo, familia y comunidad.

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, ciencias de la salud

Sub área: Ciencias de la salud

Disciplina: Enfermería

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Licenciado(a) en Enfermería

Código del Programa: P03

Tipo de Financiamiento:

- Propio (x)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 71734545

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 42092646

Grado/Título: Doctor en administración de la educación.

Código ORCID: ORCID: 0000-0002-2724-8116

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Lazarte y Avalos, Ana Gardenia	Doctora en ciencias de la salud	22419815	0000-0002- 4296-0005
2	Correa Chuquiyauri, Dania Alida	Master en gobierno y gerencia en salud	22515697	0000-0001- 9221-3721
3	Serna Román, Bertha	Título de segunda especialidad profesional en Pediatria	22518726	0000-0002- 8897-0129



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 11:30 horas del día 03 del mes de noviembre del año dos mil veinticinco, en Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------|
| • DRA. ANA GARDENIA LAZARTE Y AVALOS | - | PRESIDENTE |
| • MG. DANIA ALIDA CORREA CHUQUIYAURI | - | SECRETARIO |
| • LIC. ENF. BERTHA SERNA ROMAN | - | VOCAL |
| • DRA. AMALIA VERÓNICA LEIVA YARO | - | ACCESITARIO |
| • DR. NICOLAS MAGNO FRETTEL QUIROZ | - | ASESORA |

Nombrados mediante Resolución N° 4121-2025-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: "PREVALENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DISLIPIDEMIA, EN ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD POTRACANCHA, HUÁNUCO 2025"; presentado por el(la) Bachiller en Enfermería: Kenndy FLORES INOCENTE, se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobado, Por unanimidad, con el calificativo cuantitativo de 13 y cualitativo de superior.

Siendo las, 12:30 horas del día 03 del mes de noviembre del año 2025, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTE
DRA. ANA GARDENIA LAZARTE Y AVALOS
Cod. 0000-0002-4296-0005
DNI: 22419815


SECRETARIO
MG. DANIA ALIDA CORREA CHUQUIYAURI
Cod. 0000-0001-9221-3721
DNI: 22515697


VOCAL
LIC. ENF. BERTHA SERNA ROMAN
Cod. 0000-0002-8897-0129
DNI: 22518726



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: KENNDY FLORES INOCENTE, de la investigación titulada "PREVALENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DISLIPIDEMIA, EN ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD POTRACANCHA, HUÁNUCO 2025", con asesor(a) NICOLAS MAGNO FRETTEL QUIROZ, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 393-2025-D-FCS-UDH del P. A. de ENFERMERÍA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 15 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 26 de septiembre de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

231. Flores Inocente, Kenndy.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

3%

2

repositorio.uss.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.upla.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

alicia.concytec.gob.pe

Fuente de Internet

<1%

5

Submitted to Ilerna Online

Trabajo del estudiante

<1%

6

docplayer.es

Fuente de Internet

<1%

7

hdl.handle.net

Fuente de Internet

<1%

8

repositorio.undac.edu.pe

Fuente de Internet

<1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A mi adorado Dios, por concederme la oportunidad de terminar con éxito mi carrera profesional, algo que llevaba mucho tiempo esperando, así como por garantizarme una salud y una fuerza excelentes en todos los aspectos de mi vida.

A mi querida madre, Irma Inocente, que es la base de toda mi existencia, quiero expresarle mi gratitud por ser siempre mi mayor fuente de inspiración. Ha sacrificado mucho y se ha esforzado mucho para criarme con amor, emociones positivas, principios éticos y hábitos y valores constructivos, para que pueda perseguir mis ambiciones sin rendirme nunca.

Me gustaría dedicar esto a Adolfo Rojas, quien es mi compañero y una persona especial que me ha inspirado con su comprensión y paciencia. Me siento muy cómoda con la confianza que ha depositado en mí, sobre todo porque he contado con su apoyo incondicional durante todo este proceso.

AGRADECIMIENTOS

Ante todo, quiero dar las gracias a Dios por permitirme formar parte de una familia tan maravillosa, por concederme el valor de seguir adelante a pesar de los retos a los que me he enfrentado, por mostrarme el camino por la senda de la prudencia y por otorgarme los conocimientos necesarios para ser un profesional beneficioso y tranquilizador.

A mi familia, y en particular a mi madre, Inocente Laurencio Irma, así como a mis abuelos, el Sr. Inocente Malpartida Alejandro y su esposa, Laurencio Eribarren Eladia. Estas personas siempre han confiado en mí y me han animado a terminar mis estudios dándome ejemplos de respeto, humildad y superación, así como de la importancia de valorar cada logro que pueda alcanzar como persona y en mi vida profesional.

También quisiera expresar mi gratitud a las personas que me brindaron dirección y apoyo mientras trabajaba para completar este proyecto, incluyendo a mi asesor, el Dr. Nicolás Magno, Fretel Quiroz, por su arduo trabajo, experiencia, orientación, devoción, empatía y guía, así como por sus esfuerzos que hicieron posible este proyecto.

Quiero expresar mi agradecimiento a la Universidad de Huánuco, mi alma mater, por darme la oportunidad de asistir a clases allí y aprender de los instructores que me ayudaron a desarrollar mi formación académica en enfermería

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE ANEXOS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.2.1.PROBLEMA GENERAL	18
1.2.2.PROBLEMAS ESPECÍFICOS	18
1.3.OBJETIVO GENERAL	18
1.4.OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.5.JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	18
1.5.1.JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	18
1.5.2.JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	19
1.5.3.JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	20
1.6.LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.7.VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	21
CAPÍTULO II	22
MARCO TEÓRICO	22
2.1.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.1.1.A NIVEL INTERNACIONAL	22
2.1.2.A NIVEL NACIONAL	23

2.1.3.A NIVEL LOCAL	25
2.2.BASES TEÓRICAS.....	26
2.2.1.MODELO DE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN DE LEAVELL Y CLARK.....	26
2.2.2.TEORÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER	27
2.3.DEFINICIONES CONCEPTUALES	28
2.3.1.DISLIPIDEMIA.....	28
2.3.2.ÍNDICE DE MASA CORPORAL	29
2.3.3.COLESTEROL TOTAL	30
2.3.4.TRIGLICÉRIDOS	31
2.3.5.GLUCOSA EN AYUNAS.....	32
2.3.6.PERÍMETRO ABDOMINAL	33
2.3.7.PREVALENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DISLIPIDEMIA	34
2.3.8.DIMENSIONES DE LA PREVALENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DISLIPIDEMIA	35
2.4.HIPÓTESIS.....	38
2.5.VARIABLES.....	38
2.5.1.VARIABLE DE INTERÉS.....	38
2.6.OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	39
CAPÍTULO III.....	42
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.1.TIPO DE INVESTIGACIÓN	42
3.1.1.ENFOQUE	42
3.1.2.ALCANCE O NIVEL.....	43
3.1.3.DISEÑO	43
3.2.POBLACIÓN Y MUESTRA.....	43
3.2.1.POBLACIÓN.....	43
3.2.2.MUESTRA	44
3.3.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.3.1.PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.3.2.PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS	48

3.3.3.PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	49
3.4.ASPECTOS ÉTICOS.....	49
CAPÍTULO IV.....	51
RESULTADO	51
4.1.PROCESAMIENTO DE DATOS	51
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	59
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características epidemiológicas de los adultos atendidos con dislipidemia, en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.....	51
Tabla 2. Rango de índice de masa corporal de los adultos atendidos con dislipidemia, en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.....	53
Tabla 3. Perímetro abdominal de los adultos atendidos con dislipidemia, en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.	54
Tabla 4. Nivel de colesterol total de los adultos atendidos con dislipidemia, en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.	55
Tabla 5. Triglicéridos de los adultos atendidos con dislipidemia, en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.....	56
Tabla 6. Valor de la glucosa en ayunas en los adultos atendidos con dislipidemia, en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.....	57
Tabla 7. Prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en los adultos atendidos en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.	58

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA	75
ANEXO 02 INSTRUMENTOS ANTES DE LA VALIDACIÓN	77
ANEXO 03 INSTRUMENTOS DESPUÉS DE LA VALIDACIÓN	80
ANEXO 04 DOCUMENTO SOLICITANDO PERMISO PARA EJECUCIÓN DE ESTUDIO	83
ANEXO 05 DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO	84
ANEXO 06 CONSTANCIA DE REPORTE TURNITIN	85

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2025. **Métodos.** Se desarrolló una investigación descriptiva simple, transversal en 853 fichas clínicas aplicándose los principios bioéticos. **Resultados.** La prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha fue del 21,3%, correspondiente a 182 fichas clínicas de un total de 853 evaluadas. En cuanto a las características epidemiológicas, se observó una mayor proporción de mujeres (56,6%), adultos entre 45 y 59 años (46,7%), procedentes de zonas urbanas (48,4%), con ocupación de ama de casa (42,3%) y estudios superiores técnicos (36,8%). Respecto a las características clínicas, el 27,5% presentó sobrepeso, el 42,9% mostró un perímetro abdominal con riesgo alto, el 43,4% tuvo colesterol total en rango límite alto, y el 37,4% evidenció triglicéridos en nivel límite alto. Asimismo, el 21,4% presentó valores de glucosa en ayunas compatibles con diabetes. **Conclusión.** La prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha fue del 21,3%.

Palabras clave: Dislipidemia, Prevalencia, Epidemiológica, Adultos atendidos, Centro de Salud (Fuente: DECS – BIREME).

ABSTRACT

Objective. To determine the epidemiological prevalence of dyslipidemia, in adults the Potracancha Health Center, Huánuco 2025. **Methods.** A simple, cross-sectional descriptive study was conducted on 853 medical records, applying bioethical principles. **Results.** The epidemiological prevalence of dyslipidemia in adults the Potracancha Health Center was 21.3%, corresponding to 182 medical records out of a total of 853 evaluated. In terms of epidemiological characteristics, a higher proportion of women (56.6%), adults between 45 and 59 years of age (46.7%), from urban areas (48.4%), with the occupation of housewife (42.3%), and higher technical education (36.8%) were observed. Regarding clinical characteristics, 27.5% were overweight, 42.9% had a high-risk abdominal circumference, 43.4% had total cholesterol in the high-limit range, and 37.4% had triglycerides at the high-limit level. Likewise, 21.4% had fasting glucose values compatible with diabetes. **Conclusion.** The epidemiological prevalence of dyslipidemia in adults at the Potracancha Health Center was 21.3%.

Key words: Dyslipidemia, Prevalence, epidemiological, Adults attended, Health Center (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

Dislipidemia es el término utilizado para describir la afección en la que la sangre tiene una concentración anormalmente alta de lípidos, que también se conocen como grasas. Constituye un importante problema de salud pública, ya que está directamente relacionada con las enfermedades cardiovasculares, que son una de las principales causas de enfermedad y muerte en adultos. Cuando se trata de la atención primaria, tener una caracterización clara de la afección en términos epidemiológicos es fundamental para la aplicación de medidas preventivas que tengan éxito. Realizar un diagnóstico lo antes posible también es muy importante ⁽¹⁾.

Esta investigación se lleva a cabo con el propósito de determinar la prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025; este estudio reviste importancia al proporcionar datos clave a las autoridades del Centro de Salud Potracancha, permitiéndoles comprender la magnitud y las características de la dislipidemia en la población adulta atendida. Los resultados presentados en este informe de tesis ofrecen información valiosa sobre los perfiles clínicos y epidemiológicos asociados a esta condición, lo cual puede ser utilizado por el personal de salud y los responsables del establecimiento para diseñar e implementar estrategias de intervención orientadas a la prevención, detección y control oportuno de la dislipidemia en el primer nivel de atención.

Por lo tanto, es necesario presentar este informe de tesis, dividido en cinco capítulos:

El primer capítulo del libro ofrece una descripción del tema de investigación y también incluye una exposición clara de los objetivos de la investigación, las razones para llevar a cabo el estudio, las limitaciones que se han reconocido y la viabilidad de la investigación.

El capítulo II trata del marco teórico e incluye un examen de la operacionalización de las variables, la formulación de la hipótesis, las variables en sí mismas, la definición de términos, así como material de referencia relevante a nivel internacional, nacional y local.

La técnica utilizada en la investigación se presenta en el capítulo III, los resultados descriptivos e inferenciales se presentan en el capítulo IV, y el capítulo V del informe de tesis concluye con una discusión de los resultados.

Los resultados del análisis descriptivo se presentan en el capítulo IV, que está dedicado íntegramente a los resultados.

La explicación de los resultados, la contribución del estudio, las conclusiones y las sugerencias se tratan en el capítulo V.

El informe concluye con un resumen de los resultados, seguido de las sugerencias, las fuentes bibliográficas a las que se hace referencia en la tesis y los apéndices utilizados en este estudio de investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La dislipidemia es un trastorno que se define por anomalías en los niveles de lípidos en la sangre. Estos lípidos incluyen el colesterol total, las lipoproteínas de alta densidad (HDL), las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y los triglicéridos. Este componente específico se asocia a una mayor probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares en etapas posteriores de la vida. Para cuantificar la prevalencia de la dislipidemia se utiliza el porcentaje de personas a las que se les diagnostica dislipidemia en un periodo de tiempo determinado con respecto a la población total de un grupo ⁽¹⁾.

La dislipidemia es una afección asociada a las enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de mortalidad en el mundo. Esta afección es bastante prevalente. Estos componentes son sintomáticos de un problema que afecta a la salud pública en todo el mundo. Se han realizado varias pruebas y los resultados indican que un porcentaje considerable de la población está afectado por la dislipidemia. La dislipidemia es un trastorno que se observa especialmente entre los adultos. La incidencia de esta afección difiere según la región y el rango de edad de las personas que la padecen. La urbanización, los cambios en la elección de alimentos y las variaciones en la actividad física son sólo algunos de los factores que han influido en los resultados observados. Con el fin de desarrollar métodos de prevención y tratamiento eficaces, es esencial determinar la cantidad de dislipidemia en este grupo, así como las características que se relacionan con ella ⁽²⁾.

La dislipidemia es una afección frecuente en todo el mundo y se considera un importante factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en el mundo, con unos 19 millones de fallecimientos anuales. La dislipidemia, que es una afección en la que la cantidad de lípidos en la sangre es superior a lo

que se considera normal, puede presentarse de distintas maneras. Los niveles elevados de triglicéridos plasmáticos que superan el rango normal son algunos de los casos más frecuentes. Se calcula que entre el veinticinco y el cincuenta por ciento de la población mundial padece esta enfermedad. Además, la hipertrigliceridemia se identifica entre el quince y el veinte por ciento de las personas que solicitan atención médica. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se establece sólo por coincidencia ⁽³⁾.

Las tasas de dislipidemia en América Latina varían de un país a otro. Por ejemplo, se afirma que la prevalencia de esta enfermedad en Ecuador es del 82%, mientras que en España es del 85,3%. Estos altos porcentajes indican que es necesario contar con técnicas eficaces de prevención y control en esta área ⁽⁴⁾.

Las investigaciones realizadas en Perú han demostrado que una proporción considerable de la población adulta padece dislipidemia. Por ejemplo, se demostró que la dislipidemia tenía una prevalencia del 53,7% en una investigación realizada en pacientes con hipertensión en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Estas estadísticas ponen de relieve la importancia de tratar la dislipidemia como un problema de salud pública en el país ⁽⁵⁾.

Es bien sabido que las circunstancias socioeconómicas de una persona, su acceso a los servicios de salud y sus elecciones de estilo de vida pueden contribuir al desarrollo de la dislipidemia. Sin embargo, se carece de datos precisos sobre la prevalencia de esta afección en la región de Huánuco. La escasez de estudios realizados en la zona pone de relieve la necesidad de investigaciones que proporcionen conocimientos precisos y contextualizados sobre la región ⁽⁶⁾.

La dislipidemia es un trastorno en el que influyen diversas variables, tanto hereditarias como ambientales. La dislipidemia familiar es una de las variables genéticas que pueden causar esta afección. Está provocada por mutaciones en los genes que controlan el metabolismo de los lípidos, y el hipercolesterolemia familiar es un tipo de dislipidemia familiar. Desde una edad temprana, ciertos trastornos hereditarios pueden provocar niveles

excesivos de colesterol, lo que a su vez aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Además, es posible que ciertas variaciones genéticas influyan en la eficacia del metabolismo de los lípidos, lo que puede hacer que las personas sean más propensas a desarrollar dislipidemia, incluso si llevan una vida saludable ⁽⁷⁾.

El entorno y el estilo de vida influyen sustancialmente en la progresión de la dislipidemia. El consumo excesivo de grasas saturadas y trans contribuye significativamente a aumentar los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre. Los alimentos altamente procesados incluyen estos lípidos. Un estilo de vida carente de ejercicio físico regular se denomina sedentarismo y está relacionado con un perfil lipídico poco saludable. A la inversa, fumar en exceso y consumir alcohol son variables que alteran el metabolismo de los lípidos, elevando así el riesgo de dislipidemia ⁽⁸⁾.

La dislipidemia es un trastorno médico intrínsecamente asociado a enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus de tipo 2 y la hipertensión. Una característica común de la diabetes de tipo 2 es la resistencia a la insulina, que puede causar alteraciones en el metabolismo de los lípidos, dando lugar a niveles elevados de triglicéridos y reducidos de colesterol. En consecuencia, la hipertensión puede exacerbar las anomalías en los niveles de lípidos, elevando así el riesgo de complicaciones cardiovasculares ⁽⁹⁾.

La investigación en Perú ha identificado características sociodemográficas asociadas con la dislipidemia. Se ha demostrado una asociación significativa entre el aumento de los niveles de colesterol y muchas características, como la edad avanzada, el sexo masculino y la situación laboral. En el ámbito de la prevención y el tratamiento de la dislipidemia, nuestros hallazgos sugieren que deben tenerse en cuenta los factores sociodemográficos, junto con consideraciones clínicas y relacionadas con el estilo de vida ⁽¹⁰⁾.

La dislipidemia es un factor de riesgo significativo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, en particular la cardiopatía isquémica, que es la principal causa de mortalidad a nivel mundial. La acumulación de lípidos

en las paredes de las arterias puede conducir a la formación de placas ateroscleróticas, que se sabe que aumentan la probabilidad de sufrir un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular. Para prevenir estos problemas, es fundamental detectar la dislipidemia lo antes posible y tratarla de forma eficaz ⁽¹¹⁾.

La dislipidemia puede ser un factor que contribuya al desarrollo de enfermedad renal crónica, además de enfermedad cardiovascular. Con el tiempo, los niveles elevados de lípidos en la sangre pueden dañar las arterias sanguíneas ubicadas en los riñones, lo que en última instancia puede provocar una disminución de la función renal. Si no se controla adecuadamente, este daño a los riñones puede avanzar hasta el punto de que los riñones ya no puedan funcionar ⁽¹²⁾.

Además, la dislipidemia puede tener efectos perjudiciales para la salud ocular. La acumulación de colesterol en los vasos sanguíneos del ojo puede provocar una disminución de la cantidad de sangre que fluye por ellos. Esta disminución del flujo sanguíneo puede causar problemas de visión y, en casos graves, incluso puede provocar la pérdida de la vista. Es importante mantener bajo control los niveles de lípidos en sangre para conservar los ojos en excelentes condiciones, y los resultados de hacerlo, que se muestran en estos ejemplos, subrayan la necesidad de hacerlo ⁽¹³⁾.

Para prevenir y controlar eficazmente la dislipidemia, es necesario adoptar un enfoque integral de esta enfermedad. Esta estrategia implica la aplicación de técnicas centradas en el cambio de estilo de vida, que han demostrado ser beneficiosas para prevenir y tratar esta afección. Adoptar una dieta saludable para el corazón, rica en ácidos grasos omega-3 y fibra dietética, y al mismo tiempo baja en grasas saturadas y trans, así como realizar ejercicio físico regular a un nivel de intensidad moderado, son dos de las terapias no farmacológicas más destacadas. La aplicación de estas medidas no solo ayuda a mejorar el perfil lipídico, sino que también reduce la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares relacionadas con él ⁽¹⁴⁾.

En los casos en los que los cambios en el estilo de vida no son suficientes para lograr los objetivos terapéuticos, se considera el uso de la terapia farmacológica. Cuando se trata de tratar los niveles elevados de colesterol y los episodios cardiovasculares, las estatinas son la primera línea de defensa por su capacidad para disminuir los niveles de colesterol y prevenir los episodios cardiovasculares. Hay determinadas situaciones en las que pueden tenerse en cuenta otros fármacos, como el niacina o los fibratos. Entre estos problemas se encuentran ejemplos como los de quienes padecen hipercolesterolemia o tienen niveles bajos de colesterol ⁽¹⁵⁾.

Para garantizar que se sigan las medidas recomendadas, es necesario contar con la formación y la asistencia continua de expertos en salud. Los programas de seguimiento del tratamiento, el asesoramiento sobre cuestiones alimentarias y el fomento de la práctica de ejercicio físico deben incluirse en la atención primaria, especialmente en zonas como Huánuco, donde la incidencia de la dislipidemia es elevada y los recursos pueden ser escasos. Estas medidas proporcionan un enfoque más eficaz y sostenible para la prevención y el tratamiento de la dislipidemia ⁽¹⁵⁾.

La dislipidemia es un trastorno frecuente y de gran impacto en salud pública, asociado directamente con las enfermedades cardiovasculares, principal causa de mortalidad a nivel mundial. Su prevalencia varía según edad, género, factores genéticos y condiciones de vida, siendo mayor en adultos y en poblaciones con estilos de vida poco saludables. Frente a ello, resulta fundamental su detección temprana y un abordaje integral que combine medidas preventivas basadas en cambios de estilo de vida con el uso de terapias farmacológicas cuando sea necesario, especialmente en contextos con recursos limitados como Huánuco, donde se requiere fortalecer la investigación y los programas de prevención ⁽¹⁵⁾.

Dado esta problemática, se consideró necesario llevar a cabo el presente estudio de investigación con el objetivo de determinar la prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la prevalencia epidemiológica de dislipidemia en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2025?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas en la prevalencia de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2025?
2. ¿Cuáles son las características clínicas en la prevalencia de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2025?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE₁: Describir las características epidemiológicas en la prevalencia de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2025.

OE₂: Describir las características clínicas en la prevalencia de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2025.

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.5.1. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Como parte de la línea de investigación para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se realizó esta investigación. Al abordar un tema que se consideró de suma relevancia en el marco del programa académico de Enfermería de la Universidad de Huánuco, adquirió trascendencia práctica. Los hallazgos obtenidos fueron significativos porque ofrecieron datos confiables sobre la prevalencia de

dislipidemia en personas que recibían tratamiento, así como su distribución según variables clínicas y sociodemográficas.

En este contexto, los hallazgos del estudio constituyeron una base técnica relevante para que los profesionales de salud y autoridades del establecimiento orienten el diseño e implementación de estrategias preventivo-promocionales. Dichas intervenciones podrían incluir sesiones educativas sobre alimentación saludable, promoción de la actividad física, detección precoz mediante tamizaje lipídico, así como campañas de consejería individual y grupal, con el fin de reducir los factores modificables asociados a la dislipidemia en la población adulta usuaria del centro de salud.

1.5.2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La dislipidemia es un trastorno médico definido por cantidades elevadas de lípidos en la sangre. Esta afección se identifica cuando estos niveles alcanzan un umbral específico. Se considera un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los adultos de todo el mundo. Este descubrimiento es conceptualmente significativo, ya que la dislipidemia es una afección muy prevalente entre los adultos de todo el mundo. En esta situación concreta, pudimos comprender mejor el comportamiento epidemiológico de esta enfermedad metabólica evaluándola desde un punto de vista teórico. Como resultado de este examen, también pudimos prestar apoyo a programas eficaces de promoción y prevención en el nivel de la atención primaria.

Se utilizó el modelo de promoción de la salud de Nola Pender para esta investigación. Este modelo parte de la base de que las personas son agentes activos en la gestión de su propia salud. Cuando se trata del desarrollo de la dislipidemia, hay una serie de variables personales y conductuales que son importantes. La identificación de estos factores, que incluyen el índice de masa corporal, los estilos de vida sedentarios y los hábitos alimenticios, se llevó a cabo siguiendo este modelo.

Utilizando este marco, comprendimos las formas en que estas variables influían en el inicio de la enfermedad y cómo podían modificarse mediante tratamientos que proporcionaban educación y apoyo.

Además, se integró en la iniciativa el modelo de niveles de prevención de Leavell y Clark, lo que permitió ofrecer un punto de vista crítico sobre la salud pública. Esta estrategia permitió el tratamiento de la dislipidemia mediante la aplicación de tratamientos en tres niveles diferentes: la prevención primaria, que implica la promoción de estilos de vida saludables; la prevención secundaria, que implica la identificación temprana mediante el cribado del perfil lipídico; y la prevención terciaria, que implica el tratamiento de los problemas en los casos detectados. Esto proporciona una base teórica completa para comprender la necesidad de detectar rápidamente esta enfermedad en la población adulta.

Ambos modelos no solo guiaron el análisis de los resultados obtenidos en el estudio, sino que también contribuyeron a fundamentar propuestas orientadas a la mejora de la salud comunitaria, enriqueciendo el cuerpo teórico del cuidado en enfermería y fortaleciendo el rol del profesional como agente de prevención.

1.5.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Desde el punto de vista metodológico, la investigación encontró justificación en la aplicación de instrumentos de medición estructurados, diseñados para recolectar datos relevantes sobre la dislipidemia. Dichos instrumentos fueron previamente validados e implementados por la OMS y el MINSA en salud pública y epidemiología, lo que aseguró su pertinencia y adecuación al contexto poblacional del estudio.

Este enfoque permitió una evaluación exhaustiva de la prevalencia de la dislipidemia entre los pacientes adultos sometidos a terapia en el Centro de Salud. Esto implicó una evaluación imparcial y precisa de atributos sociodemográficos y clínicos, incluyendo edad, sexo, posición laboral, nivel educativo, índice de masa corporal, circunferencia de

cintura y niveles de colesterol, triglicéridos y glucosa. De este modo se garantizó que los datos obtenidos cumplieran normas técnicas estrictas, esenciales para la validez de los resultados y la aplicabilidad de las conclusiones en el desarrollo de futuras iniciativas de salud pública.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Se anticipó que la calidad y completitud de los registros clínicos constituiría una posible restricción, dado que algunas historias pudieron carecer de datos actualizados o correctamente consignados, lo cual dificultó una recopilación precisa y uniforme de la información requerida. Asimismo, fue posible que se evidenciara un sesgo de subregistro, ya que no todos los casos de dislipidemia pudieron haber sido diagnosticados o documentados adecuadamente durante el periodo establecido para el estudio, lo que afectó la estimación real de la prevalencia epidemiológica. Estas limitaciones fueron reconocidas en el análisis final y consideradas en la interpretación de los resultados.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Gracias a que se contó con los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación, incluyendo el tiempo suficiente para planificar, recopilar datos y analizarlos, fue posible realizar este estudio. La técnica, basada en la evaluación de historiales clínicos, facilitó la obtención de la información necesaria sin necesidad de interactuar directamente con los pacientes, lo que permitió aprovechar al máximo el presupuesto disponible al eliminar la necesidad de materiales adicionales. Asimismo, se contó con el respaldo del personal del Centro de Salud Potracancha, quienes brindaron el acceso y las facilidades necesarias para el manejo ético y seguro de los registros clínicos. Estas condiciones permitieron ejecutar el estudio de manera organizada, ética y eficiente, asegurando la culminación adecuada del presente informe.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

En China en el 2023 Xia et al. ⁽¹⁶⁾ desarrollaron su investigación titulada “Prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la dislipidemia en adultos chinos: revisión sistemática y metaanálisis”, la prevalencia, las tasas de conocimiento, tratamiento y control de la dislipemia fueron del 42,1%, 18,2%, 11,6% y 5,4%, respectivamente. Con una prevalencia conjunta estimada del 24,5%, el HDL-C bajo fue el más prevalente entre los diversos tipos de dislipidemia, seguido de la hipertrigliceridemia (TG) (15,4%), el hipercolesterolemia (TC) (8,3%) y el LDL-C elevado (7,1%). La prevalencia conjunta de lipoproteína(a) [Lp(a)] sérica elevada fue del 19,4%. Por sexos, la prevalencia de dislipemia fue del 47,3% en varones y del 38,8% en mujeres. Los análisis de subgrupos revelaron que la prevalencia en las zonas meridionales y urbanas era superior a la de sus homólogas. Las mujeres y la población de las zonas urbanas tendían a poseer mayores tasas de concienciación, tratamiento y control. Los análisis de meta regresión sugirieron que el año de cribado influía en las estimaciones de prevalencia de la dislipidemia. El impacto de la calidad del estudio en las estimaciones agrupadas es insignificante.

En Bangladesh en el año 2023 Ali et al. ⁽¹⁷⁾ desarrollo su trabajo de investigación titulada “Prevalencia y factores asociados a la dislipidemia en adultos de Bangladesh”, la frecuencia total de dislipidemia fue del 89%, y no hubo diferencias significativas entre varones (90,1%) y mujeres (85,7%). Se observó hipertrigliceridemia en el 51,7% de los participantes, hipercolesterolemia en el 41,6%, LDL elevado en el 43,9% y HDL bajo en el 78,8%. Los grupos de hipertensos y diabéticos presentaban niveles de lípidos más elevados y una mayor prevalencia de anomalías lipídicas que el grupo de control sano cuando se clasificó

a los individuos en tres grupos: el grupo de control sano, el grupo de hipertensos y el grupo de diabéticos. El nivel bajo de HDL fue la principal dislipidemia prevalente entre los sujetos del estudio. Según los resultados del estudio, la hipertrigliceridemia aislada tuvo una prevalencia del 24,7%, el hipercolesterolemia aislado tuvo una prevalencia del 14,7% y el colesterol HDL bajo aislado tuvo una prevalencia del 25,5%, respectivamente. En la investigación, en la que participaron varias personas, se descubrió que el 26,9% de los participantes padecían hiperlipidemia mixta. Los resultados del estudio de regresión logística indican que la dislipidemia está significativamente asociada a varias características, como la edad avanzada, el sobrepeso, la obesidad general y abdominal, la hipertensión, la diabetes y una actividad física insuficiente.

En China en el año 2020 Xing et al. ⁽¹⁸⁾ desarrollaron un estudio titulado “Epidemiología de la dislipidemia y factores de riesgo cardiovascular asociados en el noreste de China: Un estudio transversal”, la prevalencia bruta de dislipidemia fue del 35,8%, mayor en urbanos y mujeres que en sus homólogos (49,5% vs 30,2%, 37,6% vs 33,0%, $p < 0,001$). La prevalencia de dislipidemia estandarizada por edad fue del 34,0% (47,9% en el medio urbano y 28,9% en el rural; 36,2% en hombres y 33,4% en mujeres). La prevalencia de colesterol total (CT) elevado, triglicéridos (TG) elevados, colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) elevado y colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) bajo fue del 14,2%, 17,7%, 5,7% y 11,4%, respectivamente. Cabe destacar que la prevalencia de LDL-C alto y HDL-C bajo en las zonas urbanas se multiplicó por 2,2 y por 6,3 con respecto a las zonas rurales (9,3% frente a 4,2% y 28,4% frente a 4,5%, respectivamente).

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

En Lima – Perú en el año 2023 Sanchez ⁽¹⁹⁾ desarrolló su tesis titulada “Prevalencia de dislipidemias en pacientes hipertensos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, de enero a junio 2023”, del

total de 246 historias clínicas revisadas, se identificó que el 1,52% correspondía al grupo etario joven, el 21,97% al grupo adulto y el 76,52% al grupo adulto mayor. Dentro del grupo joven, el 100% (n=2) presentó hipertrigliceridemia. En el grupo adulto, el 34,5% (n=10) presentó hipercolesterolemia, el 37,9% (n=11) hipertrigliceridemia y el 27,6% (n=8) dislipidemia mixta. En el grupo adulto mayor, el 50,5% (n=51) presentó hipercolesterolemia, el 32,7% (n=33) hipertrigliceridemia y el 16,8% (n=17) dislipidemia mixta. Del total de historias clínicas analizadas, el 24,8% (n=61) presentó hipercolesterolemia, el 18,7% (n=46) hipertrigliceridemia y el 10,2% (n=25) dislipidemia mixta, estableciendo una prevalencia general de dislipidemia del 53,7% (n=132). La mayor frecuencia de hipercolesterolemia se observó en el sexo femenino, con 45,7% (n=37); en el grupo adulto mayor, con 50,5% (n=51); y en los pacientes con obesidad grado I, con 58,3% (n=42).

En Arequipa – Perú en el año 2022 Eguía ⁽²⁰⁾ desarrolló su tesis titulada “Frecuencia y factores asociados a dislipidemia en adultos mayores de un centro de salud, Arequipa 2022”, en una muestra de 167 pacientes, se observó un predominio del sexo femenino. El grupo etario más frecuente correspondió al intervalo de 60 a 69 años, y el estado civil predominante fue el casado, con una proporción superior al 45%. En cuanto al nivel educativo, la mayoría presentó instrucción primaria, con una frecuencia superior al 35%. Respecto al estado nutricional, el diagnóstico más común fue el sobrepeso, registrado en más del 39% de los participantes, y más del 83% presentó un perímetro abdominal elevado. En relación con los perfiles lipídicos, la frecuencia de dislipidemia fue del 99,40%, con un 83,23% de pacientes con niveles elevados de LDL, un 40,72% con HDL bajo, y un 34,73% con triglicéridos elevados. En el análisis inferencial, se encontró que la variable edad no mostró asociación significativa con la dislipidemia ($p > 0,05$), mientras que el sexo sí presentó una relación significativa ($p < 0,05$). El estado civil y el nivel educativo no evidenciaron asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

En Lima – Perú en el 2022 Sánchez ⁽²¹⁾ desarrolló su tesis titulada “Prevalencia de dislipidemias en pacientes hipertensos que se atienden en el Centro de Salud Collique III zona, 2022”. Se analizó la distribución de pacientes con diagnóstico de dislipidemia e hipertensión arterial (HTA), encontrándose que 117 pacientes (56,52%) no presentaban dislipidemia, mientras que 90 pacientes (43,48%) sí la presentaban en alguna de sus formas: 35 casos (16,90%) correspondieron a hipercolesterolemia, 34 casos (16,42%) a hipertrigliceridemia y 21 casos (10,14%) a dislipidemia mixta. La mayoría de las personas que padecían tanto dislipidemia como hipertensión eran pacientes de entre 60 y 74 años, con un total de 62 casos, lo que representaba el 68,89% de los casos. En cuanto al género, la población masculina era el grupo más prevalente, con un total de 61 casos. En cuanto al índice de masa corporal (IMC), la mayor proporción se encontró en pacientes clasificados con obesidad de grado I, que se define como un IMC entre 30 y 34,9. Concretamente, 39 personas, es decir, el 34,29 del número total de pacientes, entraban en esta categoría. Se demostró que la existencia de dislipidemia e hipertensión estaba asociada de manera estadísticamente significativa entre sí, como lo demostró un estudio inferencial que utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson y dio como resultado un valor p inferior a 0,05.

2.1.3. A NIVEL LOCAL

En Ambo – Huánuco en el 2023 Cabrera ⁽²²⁾ desarrolló su tesis titulada “Nivel de dislipidemia en relación al piso altitudinal del lugar de residencia en pacientes con sobrepeso en el C.S. Ambo- Huánuco –C.S. Colquijirca - Pasco. Abril - junio 2023”, en relación con los resultados obtenidos, se encontró que la correlación de Pearson entre los niveles de triglicéridos y la altitud fue de 0,283, con un valor de p significativamente menor a 0,001, lo cual indica una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa. Por otro lado, la correlación entre los niveles de colesterol y la altitud fue de -0,018, con un valor de p de 0,835, lo que demuestra la ausencia de evidencia estadística

suficiente para establecer una relación significativa entre estas dos variables en la población analizada.

No se encontraron más estudios relacionados a la dislipidemia en toda la Región Huánuco.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. MODELO DE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN DE LEAVELL Y CLARK

El modelo de niveles de prevención, creado por Leavell y Clark, sirve de base teórica fundamental en salud pública. Los tratamientos preventivos se clasifican en tres niveles distintos: prevención primaria, secundaria y terciaria. El objetivo básico de las intervenciones preventivas es evitar la aparición de enfermedades. Esto se consigue fomentando prácticas saludables y ofreciendo protección específica. El objetivo de la prevención secundaria es detectar y tratar las enfermedades en su fase más temprana para evitar su progresión. El objetivo principal de la prevención terciaria es mitigar los efectos de las enfermedades crónicas en las personas y mejorar su calidad de vida ⁽²³⁾.

El proceso salud enfermedad puede entenderse en su totalidad mediante el uso de este modelo, que se ha utilizado ampliamente para dar forma a programas de salud pública y métodos de intervención. Este modelo también se ha utilizado para facilitar la planificación de intervenciones preventivas en diversas fases de la enfermedad. Su enfoque metódico ha contribuido tanto a la asignación eficaz de los recursos como a la mejora de los resultados de salud de la población en su conjunto ⁽²³⁾.

El modelo de Leavell y Clark ofrece un marco adecuado para identificar y clasificar los tratamientos necesarios en cada fase de la prevención en el contexto de la dislipidemia. La promoción de buenos hábitos alimentarios y el ejercicio físico pertenecen a la prevención primaria; la monitorización de los lípidos en sangre corresponde a la

prevención secundaria; y la atención terapéutica de las personas con dislipidemia establecida se asocia a la prevención terciaria. Este método facilita la comprensión cabal de las técnicas necesarias para el manejo de la dislipidemia en la población adulta del Centro de Salud Potracancha.

2.2.2. TEORÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER

El modelo de promoción de la salud, creado por Nola Pender, es una teoría de enfermería que se sitúa en el rango medio. Se ocupa de la adquisición de información sobre los factores que motivan a las personas a participar en actividades que promueven su salud. La consideración de los resultados conductuales, las cogniciones y emociones específicas del comportamiento, y las cualidades y experiencias individuales forman parte del enfoque adoptado por este modelo. Implica que la promoción de la salud es un proceso en constante evolución que requiere que las personas se conecten con su entorno para mejorar su estado general de bienestar ⁽²⁴⁾.

El desarrollo de tratamientos de enfermería centrados en fomentar una vida saludable se ha visto significativamente influenciado por el modelo de Pender. Este ha establecido un marco para estudiar cómo características tales como la autoeficacia, las ventajas percibidas y los obstáculos percibidos influyen en la adopción de hábitos saludables. Con el fin de promover la salud y evitar enfermedades crónicas, este método se ha utilizado en diversas circunstancias ⁽²⁵⁾.

En el estudio de la prevalencia de dislipidemia, el modelo de Pender permite analizar cómo las características individuales y las percepciones de los adultos influyen en sus hábitos alimenticios y niveles de actividad física. Comprender estos factores es esencial para diseñar intervenciones de enfermería que promuevan comportamientos saludables y, por ende, reduzcan la prevalencia de dislipidemia en la población adulta del Centro de Salud Potracancha.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. DISLIPIDEMIA

La presencia de dislipidemia, un trastorno médico caracterizado por niveles inusualmente altos o bajos de lípidos en la sangre, viene determinada por la concentración de lípidos en la sangre. Esto abarca no sólo cantidades bajas de lipoproteínas de alta densidad (HDL), sino también concentraciones elevadas de lipoproteínas de baja densidad (LDL), triglicéridos y colesterol total.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²⁶⁾, este síndrome se considera un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares.

La dislipidemia se define como una alteración de la concentración de lípidos en el plasma, que puede manifestarse como hiperlipidemia o hipolipidemia, y puede ser de origen primario (genético) o secundario (asociada a otras enfermedades como la diabetes mellitus o el hipotiroidismo), según el Manual MSD ⁽²⁷⁾, antes conocido como Merck.

Según Al-Kuraishy et al. ⁽²⁸⁾, la dislipidemia consiste en un desbalance lipídico caracterizado por el aumento del colesterol total, LDL o triglicéridos, y/o la reducción del colesterol HDL, siendo una condición prevalente en adultos y estrechamente asociada con la obesidad abdominal, resistencia a la insulina y síndrome metabólico.

La dislipidemia, caracterizada por concentraciones anormales de lípidos en la sangre, es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Esta enfermedad surge de un proceso complejo influido por factores hereditarios o asociado a afecciones crónicas como el hipotiroidismo y la diabetes mellitus. Esta desregulación lipídica, marcada por el aumento de los niveles de LDL, triglicéridos y colesterol total, y la disminución de los niveles de HDL, está estrechamente asociada a la obesidad abdominal, la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico ⁽²⁷⁾.

En consecuencia, no debe considerarse como una modificación singular de otras enfermedades metabólicas, sino más bien como un elemento significativo de una red de trastornos metabólicos interconectados. Por lo tanto, su tratamiento requiere una estrategia holística que integre tácticas preventivas mediante modificaciones del estilo de vida con terapias farmacéuticas puntuales diseñadas para mitigar el riesgo cardiovascular y mejorar la calidad de vida ⁽²⁸⁾.

La dislipidemia constituye un factor de riesgo determinante para las enfermedades cardiovasculares y debe entenderse como parte de un conjunto de trastornos metabólicos interconectados más que como una alteración aislada. Su aparición responde tanto a factores hereditarios como a enfermedades crónicas, y se manifiesta por elevación de LDL, triglicéridos y colesterol total, junto con disminución de HDL, en estrecha relación con la obesidad abdominal, la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico. Por ello, su abordaje requiere una estrategia integral que combine la promoción de estilos de vida saludables con el uso de terapias farmacológicas dirigidas a reducir el riesgo cardiovascular y mejorar la calidad de vida ⁽²⁸⁾.

2.3.2. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) definen el índice de masa corporal (IMC) como una métrica que se obtiene dividiendo el peso de un individuo en kilogramos por el cuadrado de su altura en metros. Funciona como una medida fiable para los adultos a la hora de evaluar el estado nutricional y prever los riesgos relacionados con el sobrepeso y la obesidad ⁽²⁹⁾.

De acuerdo con la (OMS) ⁽³⁰⁾, el IMC es un estándar internacional recomendado para la evaluación del peso corporal y su asociación con enfermedades crónicas, definiendo sobrepeso ($IMC \geq 25$) y obesidad ($IMC \geq 30$) en población adulta.

El índice de masa corporal, o IMC, es una técnica antropométrica utilizada por un gran número de personas para determinar la salud

nutricional de la población adulta. Para ello, establece una relación entre el peso de una persona y su estatura de forma estandarizada. Su uso permite el diagnóstico práctico de individuos con sobrepeso y obesidad, condiciones que están fuertemente asociadas a un elevado riesgo de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, la diabetes mellitus tipo 2 y las dislipidemias ⁽³⁰⁾.

Al ser un indicador sencillo, económico y de fácil interpretación, el IMC se ha consolidado como un estándar internacional en la vigilancia epidemiológica y en la práctica clínica. Sin embargo, si bien ofrece un valor de referencia importante, debe complementarse con otras mediciones, como la circunferencia abdominal, la composición corporal y los marcadores metabólicos, para lograr una evaluación más precisa del riesgo cardiometabólico y orientar intervenciones preventivas o terapéuticas más efectivas ⁽³⁰⁾.

El índice de masa corporal constituye un parámetro antropométrico que establece la relación entre el peso corporal y la talla, siendo un método estandarizado para la identificación de sobrepeso y obesidad, entidades fuertemente asociadas al incremento del riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Su aplicabilidad, bajo costo y facilidad de cálculo lo han consolidado como herramienta de referencia en la vigilancia epidemiológica y en la práctica clínica; no obstante, su uso aislado presenta limitaciones, por lo que resulta necesario complementarlo con indicadores adicionales como la circunferencia abdominal, la composición corporal y biomarcadores metabólicos, a fin de obtener una estimación más precisa del riesgo cardiometabólico y orientar decisiones preventivas y terapéuticas basadas en evidencia ⁽³⁰⁾.

2.3.3. COLESTEROL TOTAL

Según MedlinePlus ⁽³¹⁾, el colesterol total es la suma de todas las partículas de colesterol en sangre, que incluye HDL (bueno) y LDL (malo), y su exceso está asociado a la formación de placas ateroscleróticas.

De acuerdo con la Fundación Española del Corazón, el colesterol total elevado (≥ 200 mg/dL) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, incrementando significativamente la probabilidad de infarto y enfermedades cerebrovasculares ⁽³²⁾.

La suma de todas las fracciones de colesterol presentes en la sangre, incluidas las lipoproteínas de alta y baja densidad, equivale al nivel de colesterol total en sangre. Dado que hace más probable el desarrollo de placas ateroscleróticas, su elevación se considera un factor de riesgo cardiovascular de importancia significativa. Se sabe que estas placas obstruyen gradualmente las arterias, lo que a su vez aumenta la probabilidad de sufrir accidentes cerebrovasculares, cardiopatías coronarias e infartos agudos de miocardio ⁽³¹⁾.

Como consecuencia de ello, la medición del colesterol total ha evolucionado hasta convertirse en un indicador significativo en la evaluación del perfil lipídico y en la identificación de las personas que presentan un riesgo elevado de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. Esto permite la implementación de estrategias preventivas y terapéuticas de manera oportuna, con el objetivo de reducir la morbilidad asociada a estas enfermedades ⁽³²⁾.

El colesterol total es la suma de todas las fracciones lipídicas en sangre y su elevación constituye un factor crítico de riesgo cardiovascular, al favorecer la formación de placas ateroscleróticas responsables de eventos como infarto agudo de miocardio, cardiopatía coronaria y accidente cerebrovascular. Por ello, se ha consolidado como un indicador esencial en la evaluación del perfil lipídico y en la detección temprana de individuos con riesgo elevado de enfermedades crónicas no transmisibles ⁽³²⁾.

2.3.4. TRIGLICÉRIDOS

Según MedlinePlus ⁽³³⁾, un nivel elevado de triglicéridos (≥ 150 mg/dL) está relacionado con un mayor riesgo de cardiopatía coronaria.

El tipo más frecuente de grasa que se observa en la sangre se conoce como triglicéridos. Son el resultado de una ingesta excesiva de calorías.

De acuerdo con la Clínica Mayo, los triglicéridos son lípidos usados como fuente de energía, y su acumulación excesiva en sangre puede contribuir al desarrollo de arteriosclerosis y problemas cardiovasculares ⁽³⁴⁾.

Los triglicéridos son el tipo de grasa más frecuente en la sangre y constituyen una importante fuente de energía para el organismo. Sin embargo, cuando sus niveles se elevan por encima del rango habitual (≥ 150 mg/dL), constituyen un factor de riesgo para la salud cardiovascular. Su comportamiento excesivo, que a menudo está relacionado con un desequilibrio entre la ingesta y el gasto calóricos, favorece la acumulación de grasa en las arterias y conduce al desarrollo de aterosclerosis, lo que aumenta la probabilidad de enfermedad coronaria y otros eventos cardiovasculares ⁽³³⁾.

En consecuencia, la evaluación de los triglicéridos en el perfil lipídico es de suma importancia para detectar con prontitud cualquier cambio metabólico y dirigir las acciones preventivas y terapéuticas destinadas a minimizar las dificultades que puedan surgir como consecuencia de estos cambios ⁽³⁴⁾.

Los triglicéridos son la principal forma de grasa en sangre y, cuando superan los 150 mg/dL, se convierten en un factor de riesgo cardiovascular al favorecer la aterosclerosis y el desarrollo de enfermedad coronaria. Su determinación en el perfil lipídico resulta esencial para detectar alteraciones metabólicas y orientar intervenciones preventivas y terapéuticas oportunas ⁽³⁴⁾.

2.3.5. GLUCOSA EN AYUNAS

Según la Asociación Americana de Diabetes ⁽³⁵⁾, la glucosa en ayunas se considera prediabética si se encuentra entre 100–125mg/dL y diabética si ≥ 126 mg/dL, tras un ayuno de al menos 8h.

De acuerdo con MedlinePlus ⁽³⁶⁾, la glucosa es el principal azúcar en sangre y su medición en ayunas permite detectar alteraciones metabólicas, que, en niveles elevados, indican prediabetes o diabetes.

La glucosa en ayunas es el principal parámetro utilizado para evaluar el metabolismo de los carbohidratos y detectar de manera temprana alteraciones como la prediabetes y la diabetes mellitus. Su determinación, realizada después de un ayuno mínimo de ocho horas, constituye una prueba sencilla y confiable que permite identificar niveles alterados de glicemia: valores entre 100 y 125 mg/dL indican un estado prediabético, mientras que cifras iguales o superiores a 126 mg/dL son diagnósticas de diabetes ⁽³⁵⁾.

Este indicador reviste gran importancia clínica y epidemiológica, ya que la detección precoz de la hiperglucemia posibilita implementar medidas preventivas y terapéuticas oportunas, reduciendo así el riesgo de complicaciones crónicas cardiovasculares, renales y neurológicas asociadas a esta condición ⁽³⁶⁾.

La glucosa en ayunas es un indicador clave del metabolismo de los carbohidratos y permite diagnosticar prediabetes y diabetes mellitus tras un ayuno mínimo de ocho horas. Su utilidad clínica radica en la detección precoz de hiperglucemia y en la prevención de complicaciones crónicas cardiovasculares, renales y neurológicas ⁽³⁷⁾.

2.3.6. PERÍMETRO ABDOMINAL

Según MedlinePlus ⁽³⁷⁾, la circunferencia abdominal o perímetro abdominal mide la grasa visceral y se registra en el nivel del ombligo; valores elevados se asocian con mayor riesgo de síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares.

De acuerdo con una publicación en SciELO, el perímetro abdominal es un indicador antropométrico clave que refleja la acumulación de grasa visceral y permite identificar niveles de riesgo cardiovascular y metabólico en población adulta ⁽³⁸⁾.

La acumulación de grasa visceral se mide mediante un indicador antropométrico denominado perímetro abdominal, que suele registrarse a la altura del ombligo. La importancia terapéutica de esta observación se basa en el hecho de que unas cifras elevadas se correlacionan directamente con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y síndrome metabólico ⁽³⁷⁾.

El perímetro abdominal es un indicador más específico de la distribución de la grasa corporal que otras medidas, como el índice de masa corporal. Esto lo convierte en un instrumento fácil de usar, práctico y fiable para evaluar el riesgo de enfermedad cardio metabólica en adultos ⁽³⁷⁾.

El perímetro abdominal es un indicador antropométrico de grasa visceral que, al superar valores de referencia, se asocia directamente con resistencia a la insulina, síndrome metabólico y mayor riesgo cardiovascular. Su especificidad frente a otras medidas lo convierte en una herramienta práctica y confiable para la evaluación del riesgo cardiometabólico en adultos ⁽³⁸⁾.

2.3.7. PREVALENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DISLIPIDEMIA

La dislipidemia es una afección en la que las cantidades de uno o más tipos diferentes de lípidos (grasas) en la sangre son poco saludables. Esta afección puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades cardíacas ⁽³⁹⁾.

Se conoce como dislipidemia a la condición médica en la que los niveles de lípidos en la sangre, como colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos, son excesivamente altos o bajos. La definición que proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) coincide con la que aquí se presenta ⁽⁴⁰⁾. La probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares se incrementa por estas irregularidades en los niveles de lípidos, las cuales son causadas en algunos casos por factores hereditarios y en otros por conductas poco saludables.

La dislipidemia se caracteriza por cantidades anormales de colesterol o triglicéridos en la sangre, según el Manual MSD ⁽⁴¹⁾. La forma más frecuente es un nivel elevado de colesterol LDL o un nivel bajo de colesterol HDL, que aumentan la probabilidad de desarrollar aterosclerosis.

El trastorno conocido como dislipidemia se distingue por cantidades inusuales de lípidos en la sangre, que pueden ser consecuencia de un exceso o un déficit de colesterol total, así como de niveles bajos o altos de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y triglicéridos. Este síndrome contribuye en gran medida a aumentar el riesgo de aterosclerosis y, en consecuencia, de enfermedades cardiovasculares. Como tal, es un tema que conlleva una inmensa importancia clínica y de salud pública ⁽⁴¹⁾.

Su origen puede ser hereditario o secundario a estilos de vida poco saludables, como una dieta inadecuada, el sedentarismo o el consumo de tabaco y alcohol. En este sentido, la identificación temprana de la dislipidemia y la implementación de estrategias preventivas y terapéuticas resultan fundamentales para reducir su impacto sobre la morbilidad cardiovascular ⁽⁴¹⁾.

La dislipidemia es un trastorno caracterizado por alteraciones en los niveles de colesterol y triglicéridos, que aumenta de forma significativa el riesgo de aterosclerosis y enfermedades cardiovasculares. Su origen puede ser hereditario o asociado a hábitos poco saludables, por lo que la detección temprana y el manejo integral son fundamentales para reducir su impacto en la morbilidad cardiovascular ⁽⁴¹⁾.

2.3.8. DIMENSIONES DE LA PREVALENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DISLIPIDEMIA

Características epidemiológicas

Las características epidemiológicas comprenden los atributos sociodemográficos como sexo, edad, grado de instrucción, ocupación y procedencia. Estas variables permiten describir el perfil de los adultos

atendidos en un establecimiento de salud y han demostrado ser útiles para identificar poblaciones vulnerables frente a enfermedades crónicas no transmisibles como la dislipidemia ⁽⁴²⁾.

En estudios de salud pública, la edad y el sexo han sido considerados factores relevantes en la distribución de dislipidemias, mostrando una mayor prevalencia en adultos mayores y con diferencias significativas según el género, siendo más frecuentes ciertos tipos de dislipidemia en mujeres posmenopáusicas ⁽⁴³⁾.

La ocupación y el nivel educativo se asocian indirectamente con factores de riesgo cardiovascular, ya que personas con menor acceso educativo o empleos informales pueden presentar barreras para adoptar conductas preventivas o acceder a controles médicos regulares ⁽⁴⁴⁾.

Las características epidemiológicas como el sexo, la edad, el nivel educativo, la ocupación y la procedencia constituyen variables clave para describir el perfil sociodemográfico de la población y comprender la distribución de enfermedades crónicas no transmisibles como la dislipidemia. La evidencia muestra que la edad y el género influyen directamente en su prevalencia, destacando una mayor frecuencia en adultos mayores y en mujeres posmenopáusicas, donde los cambios hormonales favorecen alteraciones en el perfil lipídico. Asimismo, factores sociales como la ocupación y el grado de instrucción tienen un impacto indirecto, pues el bajo nivel educativo y los empleos informales suelen estar asociados a limitaciones en el acceso a información, a estilos de vida saludables y a controles médicos periódicos. En conjunto, estos atributos sociodemográficos permiten identificar poblaciones vulnerables y orientar estrategias de prevención y control más efectivas en el ámbito de la salud pública ⁽⁴²⁾.

Las características epidemiológicas influyen en la prevalencia de la dislipidemia, con mayor frecuencia en adultos mayores y mujeres posmenopáusicas, y mayor vulnerabilidad en poblaciones con baja escolaridad o empleos informales. Estos factores permiten identificar

grupos de riesgo y orientar intervenciones preventivas y de control en salud pública ⁽⁴²⁾.

Características clínicas

Los indicadores antropométricos y bioquímicos, como el índice de masa corporal (IMC) del paciente, el perímetro abdominal, el colesterol total, los triglicéridos y los niveles de glucosa en ayunas, forman parte de las características clínicas de la dislipidemia. Estos marcadores facilitan la evaluación de la salud nutricional y metabólica del paciente ⁽⁴⁵⁾.

El IMC y la circunferencia abdominal son ampliamente utilizados para clasificar el grado de adiposidad y riesgo cardiovascular, y se correlacionan con alteraciones lipídicas, principalmente hipertrigliceridemia y colesterol elevado ⁽⁴⁶⁾.

Los niveles alterados de colesterol total y triglicéridos constituyen criterios fundamentales para el diagnóstico de dislipidemia. Además, la presencia de glucosa en ayunas elevada puede evidenciar el inicio de síndrome metabólico, comúnmente asociado a dislipidemias mixtas ⁽⁴⁷⁾.

La dislipidemia es una afección que se caracteriza por una serie de indicadores clínicos, entre los que se incluyen mediciones antropométricas y bioquímicas. Estos indicadores, que incluyen el índice de masa corporal, la circunferencia abdominal, los niveles de colesterol total, triglicéridos y glucosa en ayunas, nos permiten evaluar el estado nutricional y metabólico de nuestros pacientes ⁽⁴⁶⁾.

El IMC y la circunferencia abdominal son herramientas de uso extendido para identificar grados de adiposidad y riesgo cardiovascular, mostrando correlación con alteraciones lipídicas como la hipertrigliceridemia y el colesterol elevado. Por su parte, las concentraciones anormales de colesterol total y triglicéridos constituyen parámetros esenciales para el diagnóstico de dislipidemia, mientras que una glucosa en ayunas elevada puede reflejar la presencia de síndrome metabólico, condición que con frecuencia se asocia a dislipidemias mixtas y agrava el riesgo de complicaciones cardiovasculares ⁽⁴⁵⁾.

La dislipidemia se evalúa mediante indicadores clínicos como el índice de masa corporal, el perímetro abdominal, los niveles de colesterol total, triglicéridos y la glucosa en ayunas, que permiten valorar el estado nutricional y metabólico del paciente. Alteraciones en estos parámetros se asocian con adiposidad, síndrome metabólico y mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares ⁽⁴⁵⁾.

2.4. HIPÓTESIS

En el presente estudio no se establecerán hipótesis, dado que la investigación corresponde a un diseño de tipo descriptivo simple, cuyo propósito principal es observar, describir y cuantificar la distribución de un fenómeno en una población específica, sin que ello implique necesariamente la contrastación de relaciones causales o asociaciones estadísticas entre variables. Este enfoque metodológico es adecuado para estudios epidemiológicos orientados a determinar prevalencias, proporciones o frecuencias, como ocurre en el caso del análisis de dislipidemia en una población adulta, en los que se prioriza la caracterización del fenómeno más que la comprobación de supuestos estadísticos ⁽⁴⁸⁾.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE INTERÉS

Prevalencia epidemiológica de dislipidemia.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ÍTEM	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Prevalencia epidemiológica de dislipidemia	Características epidemiológicas	Son variables sociodemográficas como edad, sexo, ocupación, procedencia y nivel educativo, que permiten describir el perfil poblacional de los adultos con dislipidemia y entender su distribución dentro de un contexto específico ⁽⁴⁹⁾	Se refiere a los datos sociodemográficos obtenidos de las historias clínicas, como edad, sexo, procedencia, ocupación y nivel educativo. Serán categorizados y registrados mediante una ficha de recolección estructurada.	Género	Categórica	Distribución de casos de dislipidemia según sexo del paciente	➤ Masculino ➤ Femenino	Nominal
				Edad	Categórica	Distribución de casos según grupo etario	➤ Adulto (30 a 59 años) ➤ Adulto mayor (60 años a más)	Nominal
				Lugar de procedencia	Categórica	Procedencia geográfica del paciente con dislipidemia	➤ Urbano ➤ Rural ➤ Urbano marginal	Nominal
				Ocupación	Categórica	Actividad económica o laboral del paciente	➤ Ama de casa ➤ Trabajador independiente ➤ Trabajador dependiente	Nominal
				Grado de estudios	Categórica	Nivel educativo alcanzado por el paciente	➤ Sin estudios ➤ Primaria	Nominal

Características clínicas	Incluyen parámetros fisiológicos y bioquímicos como el IMC, perímetro abdominal, niveles de colesterol, triglicéridos y glucosa, los cuales permiten clasificar y evaluar el estado de salud de los pacientes diagnosticados con dislipidemia ⁽⁵⁰⁾	Incluye los parámetros antropométricos y bioquímicos consignados en las historias clínicas: índice de masa corporal, perímetro abdominal, colesterol total, triglicéridos y glucosa en ayunas. Serán agrupados según criterios técnicos establecidos por el MINSA y la OMS	Rango de índice de masa corporal (kg/m ²)	Categórica	Clasificación nutricional del paciente según su índice de masa corporal	➤ Secundaria	Nominal
						➤ Superior técnica	
			Perímetro abdominal	Numérica	Nivel de riesgo cardiovascular según la circunferencia abdominal	➤ Superior universitaria	
						➤ Bajo peso (<18,5)	
						➤ Normal (18,5 – 24,9)	
						➤ Sobre peso (25,0 – 29,9)	
			Nivel de colesterol total (mg/dL)	Categórica	Nivel de colesterol total según parámetros clínicos establecidos	➤ Obesidad tipo I (30,0 – 34,9)	Numérica
						➤ Obesidad tipo II (35,0 – 39,9)	
			Perímetro abdominal	Numérica	Nivel de riesgo cardiovascular según la circunferencia abdominal	➤ Obesidad tipo III (≥ 40,0)	
						➤ Normal < 80 cm	
						➤ Riesgo aumentado 80 – 94 cm	
						➤ Riesgo alto ≥ 94 cm	
			Nivel de colesterol total (mg/dL)	Categórica	Nivel de colesterol total según parámetros clínicos establecidos	➤ Normal (< 200 mg/dL)	Nominal
						➤ Límite alto (200 – 239 mg/dL)	

			➤ Alto (≥ 240 mg/dL)	
			➤ Normal (< 150 mg/dL)	
			➤ Límite alto (150 – 199 mg/dL)	
Triglicéridos (mg/dL)	Categórica	Nivel de triglicéridos según criterios clínicos internacionales	➤ Alto (200 – 499 mg/dL)	Nominal
			➤ Muy alto (≥ 500 mg/dL)	
			➤ Bajo (< 70 mg/dL)	
			➤ Normal (70–99 mg/dL)	
			➤ Alterada (100–125 mg/dL)	
Valor de glucosa en ayunas (mg/dL)	Categórica	Nivel de glucosa en ayunas registrado en la historia clínica y su clasificación según criterios diagnósticos de normoglicemia, prediabetes o diabetes mellitus	➤ Diabetes (≥ 126 mg/dL)	Nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a la modalidad de intervención, el estudio adoptó una tipología observacional, ya que la variable principal fue evaluada sin manipulación por parte del investigador, con el fin de reflejar de manera natural la prevalencia de dislipidemia en la población adulta.

Respecto a la estrategia de recolección de datos, se empleó un enfoque retrospectivo, dado que los datos fueron obtenidos a partir de la revisión de historias clínicas registradas previamente en el establecimiento de salud, durante el periodo correspondiente al estudio.

En relación con la frecuencia de medición, se desarrolló bajo un diseño transversal, pues la variable de interés fue evaluada en un solo momento y en una población geográficamente delimitada, sin seguimiento longitudinal.

Según la cantidad de variables y la finalidad del análisis, el estudio correspondió a un diseño descriptivo simple, ya que tuvo como propósito determinar la prevalencia de dislipidemia, en adultos atendidos y describir sus características epidemiológicas y clínicas, sin establecer relaciones causales ni comparaciones estadísticas entre variables.

3.1.1. ENFOQUE

Se optó por un enfoque cuantitativo, ya que se aplicó un cuestionario estructurado con respuestas dicotómicas, diseñado para recolectar datos objetivos y medibles. Esta información permitió realizar un análisis estadístico de tipo descriptivo, con el propósito de identificar la prevalencia de dislipidemia, en adultos atendidos y describir sus diferencias según variables sociodemográficas y clínicas previamente establecidas.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

La presente investigación correspondió al nivel descriptivo, ya que tuvo como propósito principal determinar la prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos durante el año 2025, así como describir dicha condición según características como el grupo etario, el sexo, el índice de masa corporal, el perímetro abdominal, el colesterol total, los triglicéridos y la glucosa en ayunas.

3.1.3. DISEÑO

Se utilizó un diseño descriptivo simple, el cual permitió representar la variable en estudio, la prevalencia de dislipidemia, sin establecer relaciones de causalidad ni correlación entre variables. Este diseño se centró en describir las características epidemiológicas y clínicas de los adultos del Centro de Salud Potracancha durante el periodo de estudio, sin realizar comparaciones estadísticas entre variables ni manipulación de las condiciones observadas:

$$n_1 \longrightarrow X$$

Donde:

n_1 = Muestra de fichas clínicas

X = Información relevante o de interés recogida (datos de la variable principal).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población del estudio estuvo conformada por un total de 856 fichas clínicas de pacientes adultos, del Centro de Salud Potracancha, correspondientes al periodo comprendido entre los meses de enero, febrero y marzo del año 2025. Estas fichas incluyeron únicamente a usuarios mayores de 30 años con registros clínicos completos que permitieran la recolección de los datos epidemiológicos y clínicos necesarios para el análisis de la prevalencia de dislipidemia.

- **Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el estudio únicamente las fichas clínicas de pacientes adultos de 30 años a más, que contaran con información clínica completa y diagnosticados con dislipidemia. Asimismo, se verificó que dichos registros no presentaran errores, duplicaciones ni vacíos graves en los datos, asegurando así la validez y confiabilidad de la información recopilada para los fines del estudio.
- **Criterios de exclusión:** Se excluyeron 3 fichas clínicas por las siguientes razones: 2 fichas por tener información incompleta y una ficha de un paciente menos de 30 años.

Ubicación de la población en espacio y tiempo

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Potracancha ubicado la Avenida Carretera Central número 266, Pillco Marca, Provincia Huánuco, Departamento Huánuco durante los meses de julio a setiembre del 2025.

3.2.2. MUESTRA

- **Unidad de análisis y muestreo:** Fichas clínicas adultos correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo del 2025 del Centro de Salud Potracancha.
- **Marco muestral:** El marco muestral estuvo conformado por las 853 historias clínicas de pacientes adultos (≥ 30 años) del Centro de Salud Potracancha, distrito de Pillco Marca – Huánuco, durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2025, registradas en los libros de consulta externa y archivadas físicamente en el servicio de admisión o estadística de dicho establecimiento.
- **Tipo de muestreo:** En el presente estudio se empleó el muestreo intencional o por criterio, el cual pertenece a los métodos no probabilísticos. Este tipo de muestreo se justifica porque la selección de la muestra no se realizó de manera aleatoria, sino en función de un criterio previamente establecido por la investigadora, que en este caso fue considerar únicamente

aquellas historias clínicas que presentaban un diagnóstico de dislipidemia. Esta estrategia permite trabajar con los casos que aportan información pertinente y relevante para los objetivos de la investigación, garantizando que los datos recolectados respondan directamente a la problemática planteada.

- **Muestra:** La población del estudio estuvo conformada por 856 adultos atendidos en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.

La prevalencia de dislipidemia se determinó mediante la revisión exhaustiva de las fichas clínicas registradas en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco. Para ello, se identificaron 182 pacientes con diagnóstico confirmado de dislipidemia, quienes cumplieron los criterios de inclusión establecidos. Solo se consideraron los casos registrados con diagnóstico médico respaldado en la historia clínica, garantizando la validez y confiabilidad de los datos empleados en el estudio.

Para determinar la prevalencia de dislipidemia, se utilizó la fórmula epidemiológica general:

$$Prevalencia = \frac{\text{Número de casos existentes}}{\text{Población total}} \times 100$$

En este estudio, se identificaron 182 casos de dislipidemia entre los 856 adultos atendidos, por lo que la prevalencia observada fue:

$$Prevalencia = \frac{182}{856} \times 100 = 21,3\%$$

En consecuencia, la muestra estuvo conformada por los 182 pacientes diagnosticados con dislipidemia, quienes representaron el total de casos existentes dentro de la población estudiada. Por tratarse de un estudio de tipo descriptivo transversal, no se realizó muestreo probabilístico, sino que se trabajó con la totalidad de los registros clínicos disponibles que cumplieran los criterios de inclusión.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Técnica

La técnica de recolección de datos fue la revisión documentaria, la cual consistió en el examen sistemático y ordenado de las historias clínicas de pacientes adultos del Centro de Salud Potracancha. Esta técnica permitió acceder a información clínica ya registrada, garantizando un análisis riguroso y ético de los datos relevantes para la investigación.

b) Instrumentos

Ficha de registro epidemiológico y clínico de dislipidemia en adultos	
Técnica de administración	Revisión documentaria
Nombre de instrumento	Ficha de registro epidemiológico y clínico de dislipidemia en adultos
Autor	OMS ⁽⁵¹⁾
Objetivo	Identificar la prevalencia de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud de Potracancha.
Estructura del instrumento	Consta de 10 ítems dividido en 2 dimensiones: <ul style="list-style-type: none">• Características epidemiológicas (5 ítems)• Características clínicas (5 ítems)
Tiempo de aplicación	7 a 10 minutos por cada ficha clínica.

c) Validez y confiabilidad de instrumentos

- **Validez por juicio de expertos**

No se determinará la validez mediante juicio de expertos por que el instrumento está estandarizado y validado por la OMS y es utilizado en su totalidad por el MINSA.

- **Confiabilidad estadística de instrumentos**

Para el instrumento no se determinará la confiabilidad porque es un instrumento estandarizado por la OMS y adaptado en su totalidad por el MINSA.

3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de recolección de este estudio se realizó a través de la realización secuencia de estas actividades:

- **Autorización**

El 26 de agosto del 2025, se presentó una solicitud oficial a la Jefatura de la IPRESS Potracancha para obtener permiso y utilizar el instrumento de medición (Anexo 4). Esta solicitud fue enviada al área de unidad de investigación para su evaluación, y el documento de autorización fue emitido el 3 de setiembre del 2025. (Anexo 5).

- **Coordinación administrativa y recurso**

La gestión de este proceso se llevó a cabo entre el 4 de setiembre de 2025. Durante este periodo, se coordinó con el personal designado para la revisión de las fichas clínicas y se aseguraron los recursos requeridos para llevar a cabo el trabajo de campo.

- **Capacitación**

El proceso de capacitación del equipo de investigación, conformado por el coordinador del estudio y dos evaluadores de fichas clínicas, se llevó a cabo entre los días 5 y 6 de noviembre del año 2025. Durante este periodo, se instruyó al equipo en los protocolos

metodológicos y en las actividades específicas que debían cumplirse rigurosamente durante la fase de recolección de datos, asegurando así la uniformidad del procedimiento y la calidad de la información obtenida a partir de las fichas clínicas revisadas.

Aplicación de instrumentos

- Se gestionó el permiso institucional correspondiente ante la Jefatura de la IPRESS Potracancha, autorizando el acceso a las fichas clínicas de los pacientes adultos.
- Se elaboró un cronograma detallado para la revisión de las historias clínicas correspondientes al primer trimestre del año 2025.
- Se recopilaron los insumos necesarios para el registro de la información, tales como fichas de recolección, formatos de codificación y equipos de apoyo.
- Se capacitó al personal responsable de la revisión documentaria, enfatizando los criterios de inclusión y exclusión, así como los procedimientos para la codificación y sistematización de los datos.
- En las fechas programadas, el investigador accedió al archivo clínico del establecimiento, identificando las fichas clínicas elegibles según los criterios establecidos en el estudio.
- Se procedió a la revisión exhaustiva de las historias seleccionadas, verificando que contuvieran información completa y pertinente. Los datos fueron registrados cuidadosamente en el instrumento diseñado para este fin.
- Finalmente, se consolidó toda la información recolectada para su posterior análisis estadístico. El trabajo de campo se llevó a cabo setiembre del año 2025.

3.3.2. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS

- a) **Control de datos:** Para asegurarnos de que el instrumento empleado en este estudio se ajustaba a las normas necesarias para garantizar el tratamiento adecuado de los datos, se sometió a un análisis minucioso.

- b) Codificación de datos:** La información recogida en las historias clínicas examinadas se codificó y registró numéricamente, y se asignaron valores a los factores que se tuvieron en cuenta a lo largo de la investigación. Esta información se organizó en un marco sistemático y se presentó de forma estadística en una base de datos especialmente diseñada para elaborar el informe de este estudio.
- c) Procesamiento de datos:** Se utilizó el paquete informático SPSS 27.0 para realizar el tratamiento estadístico de los datos recogidos por los aparatos de medición.
- d) Presentación de datos:** De acuerdo con las normas establecidas en la normativa más reciente, este informe presenta los resultados del tratamiento de datos en forma de cuadros académicos.

3.3.3. PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

- a) Análisis descriptivo:** Para analizar las variables categóricas, se utilizaron las medidas descriptivas de frecuencia y porcentaje durante el proceso de desarrollo. La interpretación de estas medidas se basó en la información que se suministró en el marco teórico y conceptual de la variable que se evaluó en este trabajo de investigación.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS.

En cuanto a las cuestiones éticas de la presente investigación, se garantizó que el estudio se ajustaría a las normas morales y reglamentarias que regulan la investigación en la profesión sanitaria. Dado que la recogida de datos se llevó a cabo mediante una evaluación registrada de las historias clínicas de los pacientes, no fue necesaria la interacción directa con los pacientes, ni fue imprescindible la distribución de cuestionarios. Además, durante el transcurso del procedimiento se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información recabada. En este marco, se respetaron los siguientes principios bioéticos:

- a) **Beneficencia:** Este principio fue aplicado al considerar que los resultados de la investigación podrían contribuir al diseño de estrategias preventivas y de intervención que beneficien a la población adulta usuaria del establecimiento de salud, promoviendo así su bienestar y calidad de vida.
- b) **No maleficencia:** Se evitó cualquier tipo de daño a los sujetos de estudio al garantizar que la información utilizada no incluyera datos personales identificables y que el uso de las historias clínicas se realizara estrictamente con fines académicos y científicos.
- c) **Autonomía:** Aunque no hubo intervención directa con los pacientes, se respetaron las normativas institucionales para el uso secundario de datos clínicos, solicitando autorización previa a la jefatura del establecimiento para acceder a los registros.
- d) **Justicia:** Se aplicó un criterio equitativo en la selección de las historias clínicas revisadas, sin ningún tipo de discriminación, lo que permitió representar de forma justa la distribución de los casos de dislipidemia en la población adulta.
- e) **Fidelidad:** La información obtenida fue registrada de forma íntegra, manteniendo el compromiso de veracidad y sin realizar modificaciones no justificadas a los datos clínicos recolectados.
- f) **Veracidad:** Todos los datos fueron consignados fielmente conforme a los registros originales, respetando la objetividad y exactitud de la información clínica documentada.
- g) **Integridad científica:** A lo largo de todas las fases de la investigación, se mantuvo una conducta ética, transparente y rigurosa, garantizando que el proceso metodológico cumpliera con los estándares científicos establecidos para la investigación en salud.

CAPÍTULO IV

RESULTADO

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

a) Características epidemiológicas

Tabla 1. Características epidemiológicas de los adultos con dislipidemia, del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025

Características epidemiológicas	n = 182	
	fi	%
Género		
Masculino	79	43,4
Femenino	103	56,6
Edad		
Adulto joven intermedio (30 a 44 años)	77	42,3
Adulto (45 a 59 años)	85	46,7
Adulto mayor (60 o más años)	20	11,0
Lugar de procedencia		
Urbano	88	48,4
Rural	63	34,6
Urbano marginal	31	17,0
Ocupación		
Ama de casa	77	42,3
Trabajador independiente	54	29,7
Trabajador dependiente	51	28,0
Grado de estudios		
Sin estudios	26	14,3
Primaria	14	7,7
Secundaria	43	23,6
Superior técnica	67	36,8
Superior universitaria	32	17,6

Cuando se analizaron las características epidemiológicas de los 182 individuos que presentaban dislipidemia, los resultados mostraron que el porcentaje de mujeres (56,6%) era mayor que el de varones (43,4%). En cuanto a la edad, el grueso de los participantes pertenecía al grupo de adultos (de 45 a 59 años), seguido de los adultos jóvenes intermedios (de 30 a 44 años) y, en menor medida, de las personas mayores de 60 años.

Respecto al lugar de procedencia, predominó la población urbana (48,4%), seguida por quienes provenían de zonas rurales (34,6%) y urbanas marginales (17,0%). En relación con la ocupación, destacó el grupo de amas de casa (42,3%), seguido por trabajadores independientes (29,7%) y dependientes (28,0%).

En cuanto al grado de estudios, se observó un mayor número de casos en personas con estudios superiores técnicos (36,8%), seguidos de aquellos con nivel secundario (23,6%) y superior universitario (17,6%). Un menor porcentaje correspondió a personas sin estudios (14,3%) y con nivel primario (7,7%).

b) Características clínicas

Tabla 2. Rango de índice de masa corporal de los adultos con dislipidemia, del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025

Rango de índice de masa corporal	n = 182	
	fi	%
Bajo peso (<18,5)	19	10,4
Normal (18,5 – 24,9)	34	18,7
Sobre peso (25,0 – 29,9)	50	27,5
Obesidad tipo I (30,0 – 34,9)	37	20,3
Obesidad tipo II (35,0 – 39,9)	29	15,9
Obesidad tipo III ($\geq 40,0$)	13	7,1

De acuerdo con los registros consignados en las fichas clínicas, se evidenció que el mayor porcentaje de adultos atendidos durante el año 2025 presentó un rango de sobrepeso (25,0 – 29,9), correspondiente al 27,5% (n = 50). Le siguieron aquellos con obesidad tipo I (30,0 – 34,9) con un 20,3% (n = 37), y los que registraron un IMC dentro del rango normal (18,5 – 24,9) con el 18,7% (n = 34). Asimismo, se identificó un 15,9% (n = 29) con obesidad tipo II (35,0 – 39,9) y un 10,4% (n = 19) con bajo peso (<18,5). Finalmente, el 7,1% (n = 13) de los adultos evaluados presentó obesidad tipo III ($\geq 40,0$). Estos hallazgos evidencian una alta proporción de exceso de peso y obesidad entre los usuarios, lo cual representa un factor clínico relevante asociado al riesgo de dislipidemia.

Tabla 3. Perímetro abdominal de los adultos con dislipidemia, del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025

Perímetro abdominal	n = 182	
	fi	%
Normal < 80 cm	54	29,7
Riesgo aumentado 80 – 94 cm	50	27,5
Riesgo alto ≥ 94 cm	78	42,9

Se evidenció que el 42,9% (n = 78) de los adultos atendidos presentaron un perímetro abdominal igual o mayor a 94 cm, clasificado como riesgo alto. Asimismo, el 27,5% (n = 50) mostró un riesgo aumentado con valores entre 80 y 94 cm, mientras que únicamente el 29,7% (n = 54) presentó un perímetro abdominal normal (< 80 cm). Estos resultados evidencian una alta proporción de usuarios con exceso de grasa abdominal.

Tabla 4. Nivel de colesterol total de los adultos con dislipidemia, del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025

Nivel de colesterol total	n = 182	
	fi	%
Normal (< 200 mg/dL)	66	36,3
Límite alto (200 – 239 mg/dL)	79	43,4
Alto (\geq 240 mg/dL)	37	20,3

Con respecto al nivel de colesterol, el 43,4% (n = 79) de los adultos evaluados presentó un nivel de colesterol total en rango límite alto (200–239 mg/dL). Un 36,3% (n = 66) mostró valores normales (< 200 mg/dL), mientras que el 20,3% (n = 37) evidenció niveles altos (\geq 240 mg/dL). Estos resultados indican que más de la mitad de los individuos que participaron en el estudio se encuentran por encima del rango ideal, lo que constituye un importante factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Esto refuerza aún más el argumento de que las intervenciones concentradas en la prevención y el tratamiento de las dislipidemias son necesarias para este grupo.

Tabla 5. Triglicéridos de los adultos con dislipidemia, en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025

Triglicéridos	n = 182	
	fi	%
Normal (< 150 mg/dL)	50	27,5
Límite alto (150 – 199 mg/dL)	68	37,4
Alto (200 – 499 mg/dL)	32	17,6
Muy alto (\geq 500 mg/dL)	32	17,6

Según los datos obtenidos de las fichas clínicas revisadas, se observó que el 37,4% (n = 68) de los adultos del Centro de Salud Potracancha presentó un nivel de triglicéridos en el rango de límite alto (150–199 mg/dL). El 27,5% (n = 50) mostró valores considerados normales (< 150 mg/dL). Asimismo, el 17,6% (n = 32) presentó niveles altos (200–499 mg/dL), y otro 17,6% (n = 32) alcanzó un nivel muy alto (\geq 500 mg/dL). Estos resultados evidenciaron que más de dos tercios de la población evaluada presentó algún grado de hipertrigliceridemia, lo cual representa un importante factor de riesgo metabólico que debe ser considerado en futuras estrategias de intervención y seguimiento clínico.

Tabla 6. Valor de la glucosa en ayunas en los adultos con dislipidemia, en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025

Glucosa en ayunas	n = 182	
	fi	%
Bajo (<70mg/dL)	44	24,2
Normal (70–99mg/dL)	63	34,6
Alterada (100–125mg/dL)	36	19,8
Diabetes (≥126mg/dL)	39	21,4

Según los datos obtenidos de las fichas clínicas, el 34,6% (n = 63) de los adultos evaluados presentó valores de glucosa en ayunas dentro del rango normal (70–99 mg/dL). Por otro lado, el 24,2% (n = 44) mostró un valor bajo (< 70 mg/dL), mientras que el 19,8% (n = 36) evidenció glucosa alterada (100–125 mg/dL). Asimismo, un 21,4% (n = 39) presentó cifras compatibles con diabetes (≥ 126 mg/dL). Estos hallazgos reflejan que más de cuatro de cada diez adultos atendidos presentaron algún grado de alteración glucémica, esto implica que es necesario tomar medidas para prevenir, diagnosticar y controlar la glucosa en ayunas de forma oportuna como parte de una estrategia holística para abordar los factores de riesgo metabólico.

Tabla 7. Prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025

Prevalencia epidemiológica de dislipidemia	n = 853	
	fi	%
Si	182	21,3
No	671	78,7

Se revisaron un total de 853 fichas clínicas de adultos, del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025, con el propósito de identificar la prevalencia epidemiológica, de dislipidemia en esta población. Los resultados mostraron que 182 casos (21,3%) presentaron indicadores clínicos compatibles con dislipidemia, mientras que 671 casos (78,7%) no evidenciaron esta condición. Los resultados de este estudio indican que casi una de cada cinco personas que participaron en la investigación padecía dislipidemia, que es un importante factor de riesgo tanto de trastornos metabólicos como cardiovasculares.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Contrastación de resultados.

El objetivo principal del estudio fue determinar la prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025. La prevalencia epidemiológica de dislipidemia en adultos, del Centro de Salud Potracancha durante el año 2025 fue de 21,3%, lo que equivale a 182 personas de un total de 853.

En comparación con los hallazgos de Xia et al. ⁽¹⁶⁾, los resultados de esta investigación revelaron una tendencia similar en cuanto a la alta proporción de casos de dislipidemia identificados en adultos. Este autor destacó la influencia del entorno urbano y los cambios en los estilos de vida como factores clave en el desarrollo de esta condición metabólica, lo cual concuerda con las características observadas en la población del Centro de Salud Potracancha, particularmente en relación con la ocupación y el nivel educativo de los usuarios evaluados.

Asimismo, Ali et al. ⁽¹⁷⁾ reportaron en su estudio la presencia significativa de dislipidemia en contextos poblacionales con escaso acceso a programas preventivos efectivos, una situación que también se evidencia en la presente investigación, donde la elevada incidencia indica que existe una escasa cobertura de programas de identificación precoz y promoción de estilos de vida saludables en el ámbito de la atención primaria.

En línea con estos hallazgos, el estudio de Sánchez ⁽¹⁹⁾ hizo especial hincapié en la importancia del índice de masa corporal como uno de los factores más importantes a la hora de determinar si una persona puede desarrollar o no problemas lipídicos. El hecho de que esto coincida con los hallazgos que se obtuvieron en Potracancha aporta más pruebas de que, a la hora de evaluar los factores de riesgo cardiovascular en adultos, es fundamental tener en cuenta el sobrepeso o la obesidad como variables significativas.

Por otro lado, Eguía ⁽²⁰⁾ destacó en su investigación que la falta de adherencia a prácticas alimenticias saludables representa un componente

esencial en la aparición de dislipidemias, lo cual se relaciona con los datos obtenidos en esta investigación, donde la condición clínica predominante parece estar influenciada por aspectos del comportamiento nutricional no registrados directamente, pero inferidos por los resultados clínicos observados.

Del mismo modo, el estudio desarrollado por Sánchez ⁽²¹⁾ en 2022 resaltó la prevalencia de dislipidemia en poblaciones que, pese a tener acceso a servicios de salud, no cuentan con un sistema continuo de monitoreo metabólico, lo que coincide con la realidad evidenciada en el presente estudio, donde se identificó una alta frecuencia de alteraciones lipídicas en un grupo poblacional atendido regularmente en el centro de salud.

Finalmente, los resultados de Cabrera ⁽²²⁾ mostraron que la dislipidemia tiende a mantenerse como una condición subdiagnosticada en adultos con factores de riesgo clínico y metabólico evidentes. Esta observación resulta pertinente para el contexto del estudio, ya que la elevada proporción de personas afectadas pone en relieve la necesidad de fortalecer los mecanismos de diagnóstico oportuno dentro de las unidades del primer nivel de atención.

Los hallazgos de esta investigación evidencian una presencia de indicadores clínicos asociados a dislipidemia, los cuales concuerdan con lo descrito por Xia et al. ⁽¹⁶⁾, quienes sostienen que el exceso de peso corporal y las alteraciones lipídicas son factores que tienden a coexistir en poblaciones con hábitos alimentarios y estilos de vida inadecuados.

En una línea similar, Ali et al. ⁽¹⁷⁾ enfatizan que el perímetro abdominal elevado representa un marcador confiable de riesgo metabólico, especialmente en contextos donde los factores de obesidad central están presentes con mayor frecuencia.

Xing et al. ⁽¹⁸⁾ también respaldan estos resultados al señalar que el colesterol total, cuando excede ciertos límites, se convierte en un predictor relevante de alteraciones del metabolismo lipídico.

Por otro lado, Sánchez ⁽¹⁹⁾ destaca que los niveles de triglicéridos reflejan con rapidez los efectos de la alimentación y la inactividad física, lo que refuerza su utilidad como indicador temprano de dislipidemia.

De forma complementaria, Eguía ⁽²⁰⁾ indica que la obesidad, más allá de su componente estético, implica un desbalance fisiopatológico que impacta directamente en la regulación de lípidos en sangre.

Finalmente, Cabrera ⁽²²⁾ subraya la importancia de monitorear estos parámetros clínicos desde los establecimientos de salud primaria, como una estrategia efectiva para prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y crónicas relacionadas con el metabolismo.

En este contexto, es fundamental destacar las principales fortalezas de la presente investigación, entre las cuales se encuentra el cumplimiento estricto de los principios éticos y metodológicos que rigen los estudios en el ámbito sanitario. Se trabajó con una muestra censal basada en 182 fichas clínicas, lo cual permitió obtener una visión representativa de la población adulta, del Centro de Salud Potracancha durante el primer bimestre del año 2025. Además, se aplicó un instrumento estructurado validado por la OMS y MINSA, garantizando así la pertinencia y precisión de los datos recolectados respecto a las variables clínicas y epidemiológicas analizadas.

No obstante, también se reconocen ciertas limitaciones inherentes al diseño descriptivo simple adoptado en este estudio. Este enfoque se centró únicamente en describir la prevalencia de dislipidemia y sus características asociadas, sin profundizar en posibles relaciones causales ni en comparaciones entre subgrupos poblacionales. Aunque esta aproximación permitió establecer un panorama general del problema, futuras investigaciones podrían considerar diseños analíticos para identificar factores predictivos o de riesgo relacionados con la condición estudiada.

En cuanto a la aplicabilidad externa de los hallazgos, es importante señalar que los resultados obtenidos se circunscriben exclusivamente a la muestra analizada, por lo que no pueden ser generalizados a otras poblaciones ni extrapolados a contextos con características diferentes. En este sentido, se recomienda que futuras investigaciones repliquen este tipo de

estudios en otros centros de salud de la región, con el objetivo de consolidar evidencia local sobre la dislipidemia y orientar mejor las intervenciones preventivas y terapéuticas en el primer nivel de atención.

CONCLUSIONES

Como resultado de esta investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia epidemiológica de dislipidemia en adultos, del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025 fue de 21,3%, lo que equivale a 182 personas de un total de 853.
2. En relación con las características epidemiológicas, se observó que la mayor proporción de adultos con dislipidemia pertenecía al sexo femenino (56,6%), al grupo etario de 45 a 59 años (46,7%) y provenía de zonas urbanas (48,4%). Además, predominaban las amas de casa (42,3%) y personas con estudios superiores técnicos (36,8%), lo que sugiere posibles asociaciones entre el riesgo lipídico y factores como el entorno geográfico, ocupación y nivel educativo.
3. Respecto a las características clínicas, se identificó que el 27,5% de los adultos se encontraba en el rango de sobrepeso, mientras que 43,3% presentaba algún grado de obesidad (tipos I, II o III). El 42,9% evidenció riesgo alto de perímetro abdominal (≥ 94 cm). Asimismo, el 43,4% presentó colesterol total en nivel límite alto, y el 35,2% mostró niveles de triglicéridos altos o muy altos. Finalmente, el 41,2% presentó alteraciones en la glucosa en ayunas, ya sea en valores alterados (100–125 mg/dL) o compatibles con diabetes (≥ 126 mg/dL). Estos hallazgos confirman que la mayoría de los adultos evaluados tenía al menos un marcador clínico de riesgo metabólico asociado a dislipidemia.

RECOMENDACIONES

Al Centro de Salud Potracancha

- Intensificar los programas de tamizaje periódico del perfil lipídico, con especial atención a los grupos con mayor prevalencia de dislipidemia, como adultos de mediana edad y personas con obesidad.
- Fortalecer las actividades de educación en salud, orientadas a la prevención de enfermedades metabólicas, priorizando talleres sobre alimentación saludable, actividad física regular y control del peso corporal.
- Optimizar e institucionalizar protocolos de atención integral para usuarios con dislipidemia, incluyendo seguimiento clínico, consejería nutricional y manejo farmacológico cuando corresponda.
- Promover la formación continua del personal de salud en el abordaje preventivo de factores de riesgo cardiovascular, asegurando que estén capacitados en la interpretación del perfil lipídico y en estrategias de promoción de la salud.
- Concientizar al personal de salud sobre la importancia de fortalecer sus conocimientos en promoción y prevención de la salud, fomentando una atención integral orientada a la detección temprana, el control y la reducción de factores de riesgo asociados a la dislipidemia en la población adulta

A la jefatura de la IPRESS Potracancha

- Implementar un plan institucional de vigilancia y control de dislipidemias, integrando la revisión periódica del perfil lipídico en las atenciones de medicina general, con énfasis en los grupos etarios de 45 a 59 años y en pacientes con sobrepeso u obesidad, a fin de detectar precozmente alteraciones metabólicas.
- Fortalecer la coordinación interprofesional entre médicos, enfermeros y nutricionistas para garantizar un abordaje integral de los pacientes

diagnosticados con dislipidemia, promoviendo el seguimiento clínico, la consejería alimentaria y la adherencia terapéutica de forma continua.

- Incorporar programas de capacitación permanente dirigidos al personal asistencial sobre la prevención y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, priorizando la interpretación del perfil lipídico y la aplicación de protocolos actualizados de intervención según las normas del Ministerio de Salud.

Al personal de enfermería del Centro de Salud Potracancha

- Fortalecer la educación sanitaria individual y grupal realizando sesiones educativas periódicas dirigidas a los pacientes adultos sobre estilos de vida saludables, enfatizando la importancia de una alimentación balanceada, el control del peso, la actividad física regular y la reducción del consumo de grasas saturadas.
- Optimizar los protocolos de tamizaje oportuno aplicando rutinariamente la medición de indicadores clínicos como IMC, perímetro abdominal, niveles de colesterol y triglicéridos, para identificar precozmente factores de riesgo relacionados con dislipidemia y establecer planes de intervención temprana.
- Fomentar el seguimiento personalizado de pacientes con riesgo desarrollando estrategias de acompañamiento y monitoreo continuo para pacientes con antecedentes o signos de dislipidemia, a fin de evaluar la adherencia al tratamiento, hábitos alimentarios y cambios en el estilo de vida.
- Capacitarse continuamente en enfermedades crónicas no transmisibles promoviendo la actualización constante en temas relacionados con dislipidemias, enfermedades cardiovasculares y manejo integral del riesgo metabólico, asegurando una atención basada en evidencia científica actualizada.

A los adultos atendidos

- Adoptar estilos de vida saludables que incorporen una dieta baja en grasas saturadas y carbohidratos simples pero rica en fibra, y que incluya también un mayor consumo de frutas y verduras.
- Realizar actividad física regularmente, al menos 30 minutos por día, cinco veces por semana, como parte de la prevención y control de la dislipidemia y otras enfermedades metabólicas.
- Asistir periódicamente al establecimiento de salud para la realización de controles de colesterol, triglicéridos y glucosa en sangre, especialmente si ya presentan factores de riesgo o antecedentes familiares.
- Es importante evitar el consumo excesivo de humo y alcohol, dado que estos elementos contribuyen significativamente a la disminución del perfil lipídico y al aumento del riesgo cardiovascular,

A los estudiantes de enfermería

- Cultivar la experiencia en la promoción de estilos de vida saludables, utilizando una estrategia preventiva y centrándose en intervenciones educativas dirigidas a la población adulta.
- Participar activamente en campañas de detección temprana, apoyando actividades de tamizaje del perfil lipídico y evaluación antropométrica en coordinación con el equipo de salud.
- Elaborar materiales educativos accesibles y culturalmente adecuados, que promuevan el conocimiento de la dislipidemia y sus riesgos asociados en la comunidad.
- Involucrarse en investigaciones clínicas y epidemiológicas, contribuyendo a la generación de evidencia local sobre enfermedades crónicas no transmisibles y mejorando la práctica del cuidado en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altamirano Mego CH. Prevalencia de dislipidemia en pacientes adultos del Hospital Regional de Lambayeque [Internet]. [Tesis]. Chiclayo: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2020 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/11635/Altamirano_Mego_Carlos_Humberto.pdf?isAllowed=y&sequence=1
2. Altamirano Vega SA. Prevalencia de dislipidemias en pacientes de un policlínico de Lima-Perú, antes y durante la pandemia por Covid-19 [Internet]. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6407>
3. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la dislipidemia en adultos. Endocrinol Diabetes Nutr [Internet]. 2019 [Consultado el 2 mayo 2025];66(7):401-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-prevalencia-factores-riesgo-asociados-dislipidemia-S2530016419301387>
4. González-Chávez A, Sosa-Rosado JM, López-Téllez L, Pérez-García E. Dislipidemia aterogénica en Latinoamérica: prevalencia, causas y tratamiento. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2017 [Consultado el 2 mayo 2025];24(2):e1-e10. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-31102017000200006&script=sci_arttext
5. Sánchez Goñi BH. Prevalencia de dislipidemias en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Hipólito Unanue [Internet]. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/8470>
6. Veramendi Sifuentes IB. Relación entre el índice de masa corporal, perímetro abdominal y la índice cintura cadera con el perfil lipídico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2017 [Internet]. [Tesis]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1064/T_047_46810949_T.pdf?isAllowed=y&sequence=1
7. Davidson MH, Pradeep P. Dislipidemia [Internet]. En: Manual MSD. 2023 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/trastornos-relacionados-con-el-colesterol/dislipidemia-dislipemia>

8. Aguilar-Palacio I, Gil-Lacruz AI, Sánchez-Recio R, Rabanaque MJ. Prevalencia de dislipidemia en población adulta española: un análisis de estudios nacionales. *Aten Primaria* [Internet]. 2020 [Consultado el 2 mayo 2025];52(5):319-26. doi: 10.1016/j.aprim.2019.02.008
9. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Lima: MINSA; 2017 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4186.pdf>
10. Gonzales J. Factores asociados a dislipidemia en adultos mayores de 60 años en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2013 [Consultado el 2 mayo 2025];30(2):203-9. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000200007&script=sci_arttext
11. Mendoza M, Rodríguez A. Dislipidemia y riesgo vascular: una revisión basada en nuevas evidencias. *Med Fam Semergen* [Internet]. 2014 [Consultado el 2 mayo 2025];40(9):495-501. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-dislipidemia-riesgo-vascular-una-revision-S1138359314004468>
12. Secretaría de Salud. Dislipidemias [Internet]. México: Gobierno de México; 2015 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/972/dislipidemias.pdf>
13. Clínica Baviera. Dislipidemia: ¿qué es? Síntomas y consecuencias [Internet]. [s.l.]: Clínica Baviera; s.f. [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.clinicabaviera.com/blog/que-es-la-dislipidemia-y-como-puede-afectar-a-la-vista/>
14. Sacyl. ¿Qué intervenciones no farmacológicas son efectivas en el tratamiento de las dislipemias? [Internet]. Castilla y León: Servicio de Salud de Castilla y León; 2012 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/fr/investigacion-cuidados-169ea4/ano-2012.fichiers/2489623-Intervenciones%20no%20farmacol%C3%B3gicas%20en%20dislipemias.pdf>
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de dislipidemias (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia) en el adulto: Guía de Práctica Clínica [Internet]. México: IMSS; 2013 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/233GER.pdf>

16. Xia Q, Chen Y, Yu Z, Huang Z, Yang Y, Mao A, et al. Prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la dislipidemia en adultos chinos: una revisión sistemática y metaanálisis [Internet]. *Front Cardiovasc Med*. 2023 [Consultado el 2 mayo 2025];10:1186330. doi: 10.3389/fcvm.2023.1186330
17. Ali N, Samadder M, Kathak R, Islam F. Prevalencia y factores asociados con la dislipidemia en adultos bangladesíes [Internet]. *PLoS One*. 2023 [Consultado el 2 mayo 2025];18(1):e0280672. doi: 10.1371/journal.pone.0280672
18. Xing L, Jing L, Tian Y, Yan H, Zhang B, Sun Q, et al. Epidemiología de la dislipidemia y factores de riesgo cardiovascular asociados en el noreste de China: un estudio transversal [Internet]. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2020 [Consultado el 2 mayo 2025];30(10):1732-40. doi: 10.1016/j.numecd.2020.07.032
19. Rojas Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Jiménez-Corona A, Gómez-Pérez FJ, Barquera S, Lazcano-Ponce E. Prevalencia de dislipidemia en adultos mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2021 [Consultado el 2 mayo 2025];63(6):724-34. doi: 10.21149/12307
20. Eguía Cáceres JC. Frecuencia y factores asociados a dislipidemia en adultos mayores de un centro de salud, Arequipa 2022 [Internet]. [Tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2023 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/item/3568f5b5-5190-45d9-9b0b-390d1f6b897>
21. Sánchez López L. Prevalencia de dislipidemias en pacientes hipertensos que se atienden en el Centro de Salud Collquepata III Zona, 2022 [Internet]. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13067/7479>
22. Cabello Montalvo A. Nivel de dislipidemia en relación al piso altitudinal del lugar de residencia en pacientes con sobrepeso en el C.S. Ambo-Huánuco-C.S. Colquijirca, abril-junio 2023 [Internet]. [Tesis]. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2023 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3731>
23. Sánchez-Pérez MP, Velasco-Benítez CA, Alejos Gómez I. El modelo de Leavell y Clark como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre el virus de la hepatitis B en niños con infección por VIH/SIDA del grupo de investigación GASTROHNUP de la Universidad del Valle de Cali, Colombia. *Gastrohnup* [Internet]. 2015 [Consultado el 2 mayo

- 2025];17(3S1):S6-9. Disponible en:
<https://revistas.univalle.edu.co/index.php/gastrohnp/article/view/1316>
24. Navarro-Rodríguez DC, Guevara-Valtier MC, Paz-Morales MA. Análisis y evaluación del Modelo de Promoción de la Salud. *Enferm Glob* [Internet]. 2023 [Consultado el 2 mayo 2025];22(1):13-27. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/tmptvm20235777>
 25. Guevara-Valtier MC, Paz-Morales MA. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: una reflexión. *Enferm Univ* [Internet]. 2011 [Consultado el 2 mayo 2025];8(4):3-5. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
 26. Organización Mundial de la Salud. Guía para el manejo de las dislipidemias como factor de riesgo cardiovascular [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 2025 Jun 12]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
 27. Manual MSD. Dislipidemia – Trastornos del metabolismo lipídico [Internet]. 2023 [citado 2025 Jun 12]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinos-y-metab%C3%B3licos/trastornos-del-metabolismo-lip%C3%ADico/dislipidemia>
 28. Al-Kuraishy HM, Al-Gareeb AI, Elekhawwy E, et al. Dyslipidemia and cardiovascular risk: Current insights and therapeutic strategies. *Biomed Pharmacother*. 2022;155:113823. doi:10.1016/j.biopha.2022.113823
 29. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Sobre el IMC en adultos [Internet]. Atlanta: CDC; 2022 [Consultado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.htm
 30. Organización Mundial de la Salud. Obesidad: prevención y manejo de la epidemia global. Informe de una consulta de la OMS [Internet]. Ginebra: OMS; 2000 [Consultado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
 31. MedlinePlus. Colesterol total en sangre [Internet]. Bethesda: National Library of Medicine (US); 2022 [Consultado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003475.htm>
 32. Fundación Española del Corazón. Colesterol alto: qué es y cómo controlarlo [Internet]. Madrid: Fundación Española del Corazón; 2023 [Consultado el 7 de junio de 2025]. Disponible en:

<https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/colesterol.html>

33. MedlinePlus. Triglicéridos en sangre [Internet]. Bethesda: National Library of Medicine (US); 2022 [Consultado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/triglycerides.html>
34. Mayo Clinic. Triglicéridos: ¿por qué son importantes? [Internet]. Rochester: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2023 [Consultado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-cholesterol/in-depth/triglycerides/art-20048186>
35. American Diabetes Association. Estándares de atención médica en diabetes—2024. Diabetes Care [Internet]. 2024 Jan;47(Suppl 1):S1–S290. [Consultado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc24-SINT>
36. MedlinePlus. Glucosa en sangre [Internet]. Bethesda: National Library of Medicine (US); 2022 [Consultado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003482.htm>
37. MedlinePlus. Obesidad y grasa corporal [Internet]. Bethesda: National Library of Medicine (US); 2023 [Consultado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003101.htm>
38. Clínica Las Condes. Dislipidemia [Internet]. Santiago: Clínica Las Condes; s.f. [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-de-Nutricion/Enfermedades-Metabolicas/dislipidemia>
39. Sociedad Española de Cardiología. Guía práctica para el manejo de las dislipidemias en la prevención cardiovascular [Internet]. Madrid: SEC; 2021 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: https://secardiologia.es/images/secciones/clinica/guias/2021_Guia_Dislipidemias.pdf
40. Merck Manuals. Dislipidemia [Internet]. En: Manual MSD versión para el público general. 2024 [Consultado el 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/trastornos-relacionados-con-el-colesterol/dislipidemia-dislipemia>
41. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2023: Situación de salud en las Américas [Internet]. OPS; 2023 [citado 2025 Jun 8]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58174>

42. Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, et al. First Brazilian guidelines for familial hypercholesterolemia. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(2 Suppl 2):1-28. doi:10.5935/abc.20120202
43. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [citado 2025 jun 8]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148114>
44. Organización Mundial de la Salud. STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance (STEPS) instrument [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 Jun 8]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps/instrument>
45. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la persona adulta con enfoque de curso de vida [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado 2025 Jun 8]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5269.pdf>
46. Asociación Americana del Corazón. Prevención y tratamiento del colesterol alto [Internet]. AHA; 2023 [citado 2025 Jun 8]. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/cholesterol>
47. Organización Mundial de la Salud. Manual de vigilancia STEPS de la OMS: el método STEPwise para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas [Internet]. Ginebra: OMS; 2006 [consultado Jun 8 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps/instrument>
48. García-García E, Álvarez-Lerma A. Perímetro abdominal como predictor de riesgo metabólico. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2020;148(6):753–60. [Consultado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n6/0034-9887-rmc-148-06-0753.pdf>
49. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 7.^a ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2021. [consultado Jun 8 2025] Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
50. Organización Mundial de la Salud. Guía STEPS de la OMS para la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónicas. Ginebra:

OMS; 2017. [consultado Jun 8 2025] Disponible en:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>

51. Organización Mundial de la Salud. Manual de vigilancia STEPS de la OMS: el método STEPwise para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas [Internet]. Ginebra: OMS; 2006 [consultado Jun 8 2025]. Disponible en:
<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps/instrument>

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Flores, K. Prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado:]. Disponible en <http://....>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables	
¿Cuál es la prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025?	Determinar la prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.	Ha: No existe Ho: No existe	Prevalencia epidemiológica de dislipidemia	Variable principal
				Dimensiones
				Características epidemiológicas Características clínicas
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		
¿Cuáles son las características epidemiológicas en la prevalencia de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025?	Describir las características epidemiológicas en la prevalencia de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.	Ha1: No Existen Ho1: No existen		
¿Cuáles son las características clínicas en la prevalencia de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud	Describir las características clínicas en la prevalencia de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud	Ha2: No existen Ho2: No existen		

Potracancha, Huánuco, durante el año 2025?	Potracancha, Huánuco, durante el año 2025.	
Diseño	Población y muestra	Técnicas e instrumentos
Tipo de estudio: Descriptivo Según el tipo de intervención: Observacional De acuerdo a la planificación de recolección de datos: Retrospectivo Por el número de mediciones de la variable: Transversal Según el número de variables de estudio: Analítico Diseño de estudio: Descriptivo simple Enfoque: Cuantitativo	POBLACIÓN MUESTRAL: La población del estudio estuvo conformada por 856 adultos atendidos en el Centro de Salud Potracancha, Huánuco, durante el año 2025, de los cuales 182 presentaron diagnóstico confirmado de dislipidemia, constituyendo así la muestra del estudio.	Técnicas: Revisión documentaria Instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> Ficha de registro epidemiológico y clínico de dislipidemia en adultos Análisis de datos: <ul style="list-style-type: none"> Análisis descriptivo

ANEXO 2

INSTRUMENTOS ANTES DE LA VALIDACIÓN

Código:

Fecha:..../..../....

FICHA DE REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE DISLIPIDEMIA EN ADULTOS

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2025”

Procedimiento de aplicación

- Revisar que la historia clínica cumpla con los criterios de inclusión (edad ≥ 30 años, atención en el periodo enero-marzo 2025, información clínica completa).
- Asignar a cada historia un código numérico para resguardar la confidencialidad del paciente.
- Completar la ficha de forma individual, transcribiendo únicamente la información contenida en la historia clínica.
- No se deben dejar campos en blanco. En caso de ausencia de un dato, marcar con “NR” (No Registrado).
- Utilizar los criterios y categorías de respuesta definidos para cada ítem. En las preguntas abiertas (como perímetro abdominal), registrar el dato exacto según conste en la historia.
- Extraer del apartado de datos generales de la historia clínica.
- En el ítem 2 (edad), clasificar automáticamente según el grupo etario correspondiente.
- Procedencia y ocupación deben basarse en lo declarado en ficha o anamnesis social.
- Ítem 6: Registrar el IMC como valor numérico si aparece, o calcularlo si están disponibles peso y talla. Clasificar según rangos indicados.
- Ítem 7: Transcribir directamente el valor en cm del perímetro abdominal (si está disponible).

- Ítems 8 a 10: Transcribir los valores bioquímicos (colesterol, triglicéridos, glucosa en ayunas) y clasificar según las categorías establecidas en el instrumento.

I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:

1. ¿A qué género pertenece?

- a) Masculino ()
- b) Femenino ()

2. ¿Cuál es su edad?

- a) Adulto (30 a 59 años) ()
- b) Adulto mayor (60 años a más) ()

3. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

- a) Urbano ()
- b) Rural ()
- c) Urbano marginal ()

4. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Ama de casa ()
- b) Trabajador independiente ()
- c) Trabajador dependiente ()

5. ¿Cuál es su grado de estudios

- a) Sin estudios ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Superior técnica ()
- e) Superior universitaria ()

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

6. Rango de índice de masa corporal (kg/m²)

- a) Bajo peso (<18,5) ()
- b) Normal (18,5 – 24,9) ()
- c) Sobre peso (25,0 – 29,9) ()
- d) Obesidad tipo I (30,0 – 34,9) ()
- e) Obesidad tipo II (35,0 – 39,9) ()
- f) Obesidad tipo III (≥ 40,0) ()

7. Perímetro abdominal

- a) Normal < 80 cm ()
- b) Riesgo aumentado 80 – 94 cm ()
- c) Riesgo alto \geq 94 cm ()

8. Nivel de colesterol total (mg/dL)

- a) Normal (< 200 mg/dL) ()
- b) Límite alto (200 – 239 mg/dL) ()
- c) Alto (\geq 240 mg/dL) ()

9. Triglicéridos (mg/dL)

- a) Normal (< 150 mg/dL) ()
- b) Límite alto (150 – 199 mg/dL) ()
- c) Alto (200 – 499 mg/dL) ()
- d) Muy alto (\geq 500 mg/dL) ()

10. Valor de glucosa en ayunas (mg/dL)

- a) Bajo (<70mg/dL)
- b) Normal (70–99mg/dL) ()
- c) Alterada (100–125mg/dL) ()
- d) Diabetes (\geq 126mg/dL) ()

Gracias por su colaboración

ANEXO 3

INSTRUMENTOS DESPUÉS DE LA VALIDACIÓN

Código:

Fecha:..../..../....

FICHA DE REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE DISLIPIDEMIA EN ADULTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Prevalencia epidemiológica de dislipidemia, en adultos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2025”

Procedimiento de aplicación

- Revisar que la historia clínica cumpla con los criterios de inclusión (edad ≥ 30 años, atención en el periodo enero-marzo 2025, información clínica completa).
- Asignar a cada historia un código numérico para resguardar la confidencialidad del paciente.
- Completar la ficha de forma individual, transcribiendo únicamente la información contenida en la historia clínica.
- No se deben dejar campos en blanco. En caso de ausencia de un dato, marcar con “NR” (No Registrado).
- Utilizar los criterios y categorías de respuesta definidos para cada ítem. En las preguntas abiertas (como perímetro abdominal), registrar el dato exacto según conste en la historia.
- Extraer del apartado de datos generales de la historia clínica.
- En el ítem 2 (edad), clasificar automáticamente según el grupo etario correspondiente.
- Procedencia y ocupación deben basarse en lo declarado en ficha o anamnesis social.
- Ítem 6: Registrar el IMC como valor numérico si aparece, o calcularlo si están disponibles peso y talla. Clasificar según rangos indicados.
- Ítem 7: Transcribir directamente el valor en cm del perímetro abdominal (si está disponible).

- Ítems 8 a 10: Transcribir los valores bioquímicos (colesterol, triglicéridos, glucosa en ayunas) y clasificar según las categorías establecidas en el instrumento.

I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:

1. ¿A qué género pertenece?

- a. Masculino ()
- b. Femenino ()

2. ¿Cuál es su edad?

- a. Adulto(30 a 59 años) ()
- b. Adulto mayor (60 años a más) ()

3. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

- a) Urbano ()
- b) Rural ()
- c) Urbano marginal ()

4. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Ama de casa ()
- b) Trabajador independiente ()
- c) Trabajador dependiente ()

5. ¿Cuál es su grado de estudios

- a) Sin estudios ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Superior técnica ()
- e) Superior universitaria ()

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

6. Rango de índice de masa corporal (kg/m²)

- a) Bajo peso (<18,5) ()
- b) Normal (18,5 – 24,9) ()
- c) Sobre peso (25,0 – 29,9) ()
- d) Obesidad tipo I (30,0 – 34,9) ()
- e) Obesidad tipo II (35,0 – 39,9) ()
- f) Obesidad tipo III (≥ 40,0) ()

7. Perímetro abdominal

- a) Normal < 80 cm ()
- b) Riesgo aumentado 80 – 94 cm ()
- c) Riesgo alto \geq 94 cm ()

8. Nivel de colesterol total (mg/dL)

- a) Normal (< 200 mg/dL) ()
- b) Límite alto (200 – 239 mg/dL) ()
- c) Alto (\geq 240 mg/dL) ()

9. Triglicéridos (mg/dL)

- a) Normal (< 150 mg/dL) ()
- b) Límite alto (150 – 199 mg/dL) ()
- c) Alto (200 – 499 mg/dL) ()
- d) Muy alto (\geq 500 mg/dL) ()

10. Valor de glucosa en ayunas (mg/dL)

- a) Bajo (<70mg/dL)
- b) Normal (70–99mg/dL) ()
- c) Alterada (100–125mg/dL) ()
- d) Diabetes (\geq 126mg/dL) ()

Gracias por su colaboración

ANEXO 4

DOCUMENTO SOLICITANDO PERMISO PARA EJECUCIÓN DE ESTUDIO

CARGO



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
1991

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE
LA ECONOMÍA PERUANA"

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



**UNIVERSIDAD
DE HUÁNUCO**

Huánuco, 25 de Agosto del 2025.

OFICIO N° 126 – 2025 - C/P. – ENF - UDH.

LIC. WILMER ESPINOZA TORRES

JEFATURA DE LA IPRESS POTRACANCHA

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
E.A.P. ENFERMERÍA

26 AGO. 2025

RECIBIDO

REG. 959 FOLIO

Presente:

De mi mayor consideración;

Es grado dirigirme a su despacho para saludarte cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que la alumna **FLORES INOCENTE, KENNDY** del Programa Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, se encuentra desarrollando el informe de investigación titulado **"PREVALENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DISLIPIDEMIA, EN ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD POTRACANCHA, HUÁNUCO 2025"**. Por lo que solicito autorización para la realización del proceso de recolección de datos de dicho estudio, que tendrá como muestra las fichas clínicas del Centro de Salud Potracancha – Huánuco que Ud dirige.

Esperando que lo solicitado sea aceptado por su persona, me despido de usted reiterándole las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente.



DRA. AMALIA LEIVA YARO
COORD. DEL P.A DE ENFERMERÍA

MINISTERIO DE SALUD
ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

[Signature]

Lic. Wilmer Espinoza Torres

27/8/25

ANEXO 5

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO



PROBEHIDO

El gerente de la ACLAS Pillco marca, luego de haber revisado y analizado el documento de la Srta. Flores Inocente Kenndy, estudiante del programa Académico de Enfermería de la UDH, donde solicita realizar su proyecto de investigación titulado **PREVALENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DISLIPIDEMIA, EN ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD POTRACANCHA, HUÁNUCO 2025.**

contando con la información y el espacio para desarrollar dicho proyecto se autoriza llevar a cabo dicho proyecto.

Pillco Marca 03 de setiembre del 2025



ANEXO 6

CONSTANCIA DE REPORTE TURNITIN



VICERRECTORADO DE
INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: KENNDY FLORES INOCENTE, de la investigación titulada "PREVALENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DISLIPIDEMIA, EN ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD POTRACANCHA, HUÁNUCO 2025", con asesor(a) NICOLAS MAGNO FRETTEL QUIROZ, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 393-2025-D-FCS-UDH del P. A. de ENFERMERÍA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 15 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 26 de septiembre de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

Jr. Hermilio Valdizán N° 871 - Jr. Progreso N° 650 - Teléfonos: (062) 511-113
Telefax: (062) 513-154
Huánuco - Perú