

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL****Unidad de Medicina Familiar No 66**

**TÍTULO:** Características epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 66.

**NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Miguel Ángel Rasso Juárez

Residente de primer año de medicina familiar.

**NOMBRE DE LOS COLABORADORES:**

**DOMICILIO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Calle. José peón del valle numero 3. Colonia jardines del castillo. Xalapa, Veracruz.

**NOMBRE DEL ASESOR:** Dr. Luis Sainz Vázquez

**NOMBRE DEL ASESOR ESTADISTICO:** LE. Héctor Guadalupe González Contreras.

**FECHA:** Xalapa, Ver. 28 ENERO 2014

## **Antecedentes**

Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades asintomáticas, que tienen en común que son causadas por concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas (colesterol, triglicéridos). (1,2)

La hipertrigliceridemia es una de las dislipidemias más frecuentes en nuestra población mexicana urbana de 20 a 69 años de edad, que viven en zonas urbanas que presentan concentraciones bajas de colesterol HDL. (3)

En México, en el año 2000, cerca de 30 millones de adultos (60.5% de la población) presentaban al menos un factor de riesgo cardiovascular y la cardiopatía isquémica era la segunda causa de mortalidad en el país. En 2007, en un estudio realizado de 140,000 participantes el 71.9 % tenían sobrepeso u obesidad, 26.5 % hipertensión y 40 % hipercolesterolemia, y 19.4 % presentaban diabetes, lo cual incrementa el riesgo cardiovascular. (4)

Los valores promedio de colesterol en nuestro país presentan diferencias significativas entre las distintas zonas geográficas y niveles socioeconómicos. Existe mayor prevalencia de hipercolesterolemia en los niveles socioeconómicos medios y altos, así como en la población en la región norte del país y con mayor edad. (5)

Los principales factores de riesgo que se asocian a enfermedad cardiovascular son edad, género masculino, colesterolemia total, lipoproteína de baja densidad (LDL), HDL, hipertrigliceridemia, presión arterial, tabaquismo, diabetes, presencia de enfermedad coronaria, antecedentes familiares de la enfermedad, obesidad y sedentarismo. (3)

La evidencia más concluyente de que el colesterol total y las LDL, son agentes causales en el desarrollo de la aterosclerosis, procede de los estudios clínicos controlados tanto en la prevención primaria y secundaria. Otros estudios demostraron disminuciones significativas de los eventos clínicos cardiovasculares con la reducción del colesterol. Los metaanálisis han demostrado que se puede reducir la mortalidad de estos pacientes en alrededor de un 10 % si reciben tratamiento para disminuir los niveles de colesterol sérico. (6)

Se propone que la detección de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia debe realizarse en hombres asintomáticos, con edades entre 35 y 64 años, y en mujeres entre 45 a 64 años de edad, debido a que los hombres el riesgo coronario puede presentarse hasta 10 años antes que las mujeres y más cuando hay sobrepeso u obesidad. (7)

El colesterol total aumenta con la edad, pero se relaciona independientemente con el resto de los factores de riesgo cardiovascular clásicos. Se asocia con la presión arterial sistólica y diastólica, la glucemia, el IMC, el perímetro abdominal, las horas de actividad física y el tabaquismo. (8)

El consumo moderado de alcohol de 10 a 30 g/día, ha mostrado tener un aumento en los niveles del C- HDL (1)

En un estudio realizado en China en el año 2006 menciona la presencia de dislipidemia que ha sido asociada con incremento con la edad con una OR de 1.02 (IC 95% 1.01-1.03), género femenino con un OR 1.13 (IC 95% 1.10-1.15), en personas que habitan en zona urbana con un OR de 1.82 (IC 95% 1.30-2.55), en personas que fuman con un OR 1.23 (IC 95% 1.23-1.51). (9)

Las personas IMC por encima de lo normal tienen 2.55 veces el riesgo de dislipidemias, comparadas con las que tienen un peso normal (IC 95% 1.46-4.46).

Las dislipidemias mixtas son un grupo de alteraciones del metabolismo de lipoproteínas que se asocian con un riesgo cardiovascular alto. En la población mexicana de acuerdo a la encuesta nacional de enfermedades crónicas menciona que las dislipidemias mixtas son más frecuentes en los hombres y su prevalencia aumenta con la edad. Es cuatro veces más alta en los hombres jóvenes (< 30 años) que en las mujeres de la misma edad. Existen factores genéticos o ambientales que contribuyen a la presentación de dislipidemias mixtas. (10)

El riesgo cardiovascular establece la probabilidad de sufrir en un determinado período de tiempo, generalmente 5 o 10 años, un episodio cardiovascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular y arteriopatía periférica. El cálculo del riesgo cardiovascular permite valorar de una manera más eficiente la introducción del tratamiento farmacológico hipolipemiente, antihipertensivo y antiagregante plaquetario, en prevención primaria de sujetos de alto riesgo. (11)

La práctica insuficiente de ejercicio físico es también un factor de riesgo para el desarrollo del cuadro clínico de la dislipidemia y la aterosclerosis. Los lípidos son sustratos importantes para la producción de energía durante el ejercicio físico y los estudios muestran que adultos físicamente activos tienen mayores niveles plasmáticos de colesterol HDL, menores niveles de LDL-colesterol y triglicéridos cuando se compara con las personas con sedentarismo. (2)

Para el diagnóstico de las dislipidemias se debe realizar una determinación de los niveles séricos de colesterol, sin necesidad de estar en ayuno, y si el resultado fuera igual o mayor a 240 mg/dl en ausencia de factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, obesidad,

antecedentes familiares de enfermedad coronaria, o si el resultado fuera igual o superior de 200 mg/dl si se ha identificado algún otro factor de riesgo cardiovascular, en este caso se debe realizar un segundo perfil de lípidos completo en ayunas de 12-14 horas, para confirmar el diagnóstico. Esta segunda determinación debe realizarse entre 2 y 8 semanas después de la primera.

Otro cambio importante en estos pacientes es el incremento de la actividad física que aumenta el gasto de energía, reduciendo el peso corporal e incrementa los niveles de HDL en sangre. (12)

El sobrepeso y la obesidad corporal o central contribuyen al desarrollo de dislipidemias. La pérdida del 5 al 10 % del peso mejora el perfil de lípidos e influye sobre los factores de riesgo cardiovascular. (1)

Algunas enfermedades relacionadas con las dislipidemias se encuentran presentes desde el nacimiento como la hipercolesterolemia familiar, o se asocian a otros padecimientos con alteración de los lípidos. Estas alteraciones no pueden revertirse, por lo que se pueden controlar con el manejo de estatinas.

Las estatinas han probado conseguir disminuciones significativas de los niveles de colesterol-LDL, reducir la morbimortalidad y mejorar la supervivencia global. Los fibratos y la niacina han sido utilizados para incrementar los niveles de colesterol-HDL, sin embargo sus efectos colaterales han limitado su empleo masivo. (13)

La detección temprana de las dislipidemias y de los factores de riesgo cardiovascular, son elementos de gran relevancia en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares, por consiguiente es necesario conocer los diferentes grupos objetivos, sus características y metas de tratamiento, para iniciar su tratamiento y posterior seguimiento de manera segura y oportuna. (14)

Numerosos estudios han demostrado que una proporción muy baja de pacientes dislipidémicos utiliza regularmente medicamentos antilipémicos, y que un porcentaje aun menor de personas tratadas están controladas con niveles séricos de colesterol en el rango recomendado por los protocolos internacionales.

La dislipidemia reúne las tres condiciones que se asocian con baja adherencia al tratamiento, esto es, el tratamiento es preventivo, debe emplearse por largo tiempo y la enfermedad es asintomática. (15)

**Justificación.**

La alta frecuencia de complicaciones cardiovasculares por una mala evolución de los pacientes con dislipidemias supone un gran problema para la sociedad, ya que aumentan los costos y la mortalidad en pacientes con descontrol, por ello es de interés emprender esta investigación para conocer las características de los pacientes que cursen con dislipidemia en la Unidad de Medicina Familiar No. 66.

**Planteamiento del problema.**

¿Cuáles son las características epidemiológicas en pacientes con dislipidemias asistentes a consultas en la Unidad de Medicina Familiar No. 66?

**Hipótesis.**

Los pacientes con Dislipidemia asistentes a consultas en la Unidad de Medicina Familiar No. 66, presentan sobrepeso en el 40 % y obesidad en el 40 % de los casos, sedentarismo en el 82 %, se encuentra en el grupo de edad de 24 a 65 años, con nivel socioeconómico medio y alto.

**Objetivo general**

- Determinar las características epidemiológicas en pacientes con dislipidemia asistentes a consultas en la UMF 66 en el periodo marzo – agosto 2013.

**Objetivos específicos**

- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con dislipidemia.
- Determinar las características clínicas de los pacientes con dislipidemias.
- Identificar a los pacientes que reciben manejo dietético
- Describir los manejos farmacológicos en los pacientes con dislipidemia.

## Material y Métodos

**Diseño.** Encuesta prospectiva descriptiva.

**Lugar.** En la UMF 66 consulta externa de medicina familiar, Xalapa Ver.

**Tiempo:** De Mayo 2012 a diciembre del 2013

**Población.** Pacientes con dislipidemia adscritos a la UMF 66.

**Muestra.** 287 pacientes

**MUESTREO:** El tipo de muestreo utilizado para obtener el tamaño de la muestra es un muestreo aleatorio simple.

- **MUESTRA:** La expresión que determina el número de pacientes a encuestar corresponde a la que estima una proporción poblacional de la siguiente forma:

$$n = \frac{Npq}{(N - 1)D + pq}$$

Con:

$$D = \frac{B^2}{Z_{\alpha/2}^2}$$

Donde:

**N:** 3342 pacientes con dislipidemia de entre 24 y 65 años que acuden a consulta de durante 3 meses.

**P:** proporción de pacientes con dislipidemia que presentan sobrepeso y obesidad. (Tomada de estudios anteriores correspondiente a 0.719).

**Q:** Proporción de pacientes con dislipidemia que no presentan sobrepeso u obesidad. (obtenida como Q=1-P).

**B:** Máximo error permitido. (Se establece un error de 0.05).

**Z:** nivel de confiabilidad. (Estableciendo el 95% de confianza, el valor de z es igual a 1.96).



Ahora bien, sustituyendo los datos en las expresiones anteriores, tenemos que:

$$D = \frac{(0.05)^2}{(1.96)^2} = 0.00065$$

Y

$$n = \frac{(3442)(0.719)(0.281)}{[(3442 - 1)(0.00065)] + [(0.719)(0.281)]} = 284.85 \approx 285$$

Por lo tanto, se puede decir que con un error de estimación del 5% y a un nivel de confianza del 95% se necesitan encuestar a 287 pacientes que cumplan con los criterios de selección anteriormente establecidos.

### **Análisis estadístico**

Para realizar el procesamiento de la información, se diseñará la base de datos en el programa Excel versión 2007 donde se validará para prevenir cualquier tipo de error de captura, posterior a la validación, se realizarán gráficos circulares para las variables cualitativas con menos de 5 categorías, gráficos de barras para variables cualitativas con más de 5 categorías, gráficos de histograma para variables cuantitativas, para contrastar la relación entre variables se realizaran pruebas estadísticas en el software statistica 7.0, entre las que se pueden considerar la prueba ji-cuadrada, la prueba r-pearson y/o bien un análisis de correspondencia múltiple.

**Criterios de selección.****Criterios de inclusión.**

Pacientes adscritos a la UMF 66

Hombres y mujeres

Con edades de 24 a 65 años de edad.

Con diagnóstico de dislipidemia.

Que cuenten con resultado de colesterol y triglicéridos.

Que acepten participar en el estudio.

**Criterios de exclusión.**

Pacientes con dislipidemias que no sean adscritos a la UMF 66

**Programa de trabajo**

Se obtendrán a los pacientes de que acuden a control en la consulta externa de medicina familiar, en donde se realizará una encuesta donde se anotarán la ficha de identificación, peso, talla, IMC, hábitos alimenticios, actividad física y manejo farmacológico, y tiempo de evolución de su padecimiento, así como los niveles séricos de colesterol y triglicéridos. Se anotaran las características epidemiológicas de los pacientes en base a sus hábitos alimenticios, actividad física, y tratamientos farmacológicos. Se reunirá la información obtenida de los cuestionarios aplicados a los pacientes. Se vaciará a una base de datos para su análisis estadístico posterior.

## Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
SEXO	Características que distinguen al hombre de la mujer	Respuesta al cuestionario	Masculino Femenino	Nominal
EDAD	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento	Respuesta al cuestionario	24-65 años	Razón
PESO	Es la masa de su cuerpo medida en kilogramos	Se medirá con una báscula calibrada en Kilogramos		Razón
TALLA	Es la estatura que tienen las personas medidas en metros.	Se utilizará una cinta métrica en centímetros		Razón
IMC	Es un valorar que determina el estado nutricional.	Se dividirá el peso entre la talla al cuadrado	Bajo peso Peso normal Sobrepeso Obesidad	Razón
ESCOLARIDAD	Grado máximo de estudios cursado y aprobado que tiene una persona.	Respuesta al cuestionario	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura	Ordinal
ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Respuesta al cuestionario	Casado (a) Unión libre Soltero (a) Viudo (a)	Ordinal
OCUPACION	Actividad a la que una persona se dedica en un	Respuesta al cuestionario	Campesino Hogar Obrero	Ordinal

	determinado tiempo		Pensionado Profesional	
ALCOHOLISMO	Es la adicción al alcohol, o la ingesta de al menos 3 copas al día	Respuesta al cuestionario	Si No	Nominal
TABAQUISMO	Es la adicción al tabaco provocada por uno de sus componentes activos la nicotina.	Respuesta al cuestionario	Si No	Nominal
(NIVELES DE) COLESTEROL	Es un esteroles (lípidos) que se encuentra en los tejidos corporales y en el plasma sanguíneo y forma placas de ateroma.	Resultado de estudio de laboratorio	Normal Hipercolesterolemia leve Hipercolesterolemia moderada Hipercolesterolemia severa	Razón.
(NIVELES DE ) TRIGLICERIDOS	son acilglicérols, un tipo de lípidos, formados por una molécula de glicerol, compuesto por 3 ácidos grasos, saturados o insaturados.	Resultado de estudio de laboratorio	Normal Hipertrigliceridemia	Razón.
NIVEL SOCIO-ECONOMICO	Es conocer el nivel de vida económico	Respuesta al cuestionario de nivel socioeconómico de Graffar - Méndez	Nivel alto Nivel medio alto Nivel medio Nivel medio bajo Nivel bajo	Ordinal
TRATAMIENTO INDICADO	Es el medicamento recetado para el control de su dislipidemia u otra enfermedad anexa.	Lo consignado en el expediente del paciente		Nominal
HABITOS ALIMENTICIOS	Con alto aporte de calorías, lípidos o proteínas.	Respuesta al cuestionario índice de alimentación saludable	Saludable Necesita cambios Poco saludable	Nominal
LUGAR DONDE SE ALIMENTA	Es el sitio donde consume sus alimentos en el día.	Respuesta al cuestionario	Casa Calle Trabajo	Nominal

ACTIVIDAD FISICA	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que resultan en gasto energético	Respuesta a cuestionario internacional de actividad física IPAQ	Nivel de actividad física Alto Moderado Bajo	Ordinal
TIPOLOGÍA FAMILIAR	Clasificación o estructura de la familia.	Respuesta al cuestionario	Estructura Desarrollo Integración Demografía Ocupación	Nominal
DIABETES	Alteraciones metabólicas caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastorno en el metabolismo de los hidratos de carbono	Respuesta al cuestionario	Si No	Nominal
HIPERTENSION ARTERIAL	Es la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $> 0 = 140/90$ mm/Hg	Respuesta al cuestionario	Si No	Nominal
CARDIOPATIA ISQUEMICA	Síndrome caracterizado por una disminución del aporte de sangre oxigenada al miocardio	Respuesta al cuestionario	Si No	Nominal

## **Recursos**

### 1. Humanos

Investigador principal. Residente de primer año de medicina familiar

Asesor metodológico: Dr. Luis Sainz Vásquez

Asesor estadístico: LE. Héctor Guadalupe González Contreras.

Colaboradores

### 2. Físicos

Área física. Sala de espera, consultorio

Instrumentos de medición: cinta métrica, báscula.

Formatos de recolección de información: cuestionario, expediente electrónico, censos.

Papelería. Computadora personal, hojas blancas.

### 3. Financieros.

Será proporcionado por el investigador principal

Se solicitará financiamiento al IMSS

## Resultados

Se incluyó a 287 pacientes con edad de 24 a 65 años, con predominio de edad de los 51 a 60 años 137 pacientes (47%), correspondieron al sexo masculino 89 (31%), y del sexo femenino 198 (69 %) y en relación al IMC presentaron peso normal 54 pacientes (19 %), sobrepeso 95 pacientes (33 %), obesidad 138 pacientes (48%), de los cuales con obesidad grado I (31 %), obesidad grado II (11 %), obesidad III (6 %)

En relación a su escolaridad el 5 % no sabe leer, el 17 % con primaria incompleta, el 25 % cuenta con primaria, el 19.5 % con secundaria, el 18 % con estudios de bachillerato, el 15 % cuenta con licenciatura y el 0.5% con algún grado de posgrado.

En relación a su estado civil, son solteros (a) 20 %, casados (a) 52 %, viven en unión libre 18 %, divorciados (a) 3 % y viudo (a) 7%,

En cuanto al lugar donde se alimentan los pacientes, se alimentan en casa en un 68 %, en el trabajo 5 %, en la calle 3 %, en la casa y trabajo 15 %, en la casa y la calle 9 %.

Con respecto a su ocupación se dedican a labores del hogar 44 %, obreros 39 %, pensionados 7 %, profesionistas 9 %, campesino el 1 %.

De acuerdo a la tipología familiar, por su estructura es más frecuente la nuclear simple 57 %, nuclear extensa 17 %, monoparental 20 %, viven solo 6 % por su desarrollo el 64 % es una familia tradicional y el 36 % familia moderna. De acuerdo a su integración, el 73 % son una familia integrada, el 27 % familia desintegrada, por su demografía el 98 % viven en zonas urbanas el 2 % en zona rural. En cuanto a ocupación del jefe de familia, obrero el 75 %, profesionista 18 %, campesino 5 %, en el hogar 1 % y pensionado 1 %.

Pacientes con valores normales de colesterol < 200 mg/dl y triglicéridos < 200 mg/dl, se encontraron a 45 pacientes (16%), con hipercolesterolemia con niveles de colesterol por arriba de 200 mg/dl y niveles de triglicéridos menores de 200 mg/dl, se encontraron a 77 pacientes (27%), se clasifico en hipercolesterolemia leve a 65 pacientes (23 %), hipercolesterolemia moderada 9 (3%) y hipercolesterolemia severa 3 pacientes (1%), la hipertrigliceridemia con niveles de triglicéridos > 200mg/dl y colesterol < 200 mg/dl lo presentaron 42 pacientes (15%), Hiperlipidemia mixta la combinación de niveles de colesterol > 200 mg/dl y triglicéridos > 200 mg/dl, se encontró en 122 pacientes (42 %)

En cuanto al consumo de medicamento para el control de colesterol y triglicéridos 174 pacientes (61%) consumen, de los cuales están en tratamiento con bezafibrato 97 (34 %), pravastatina 46 (16) %, atorvastatina 6(2) %, bezafibrato y pravastatina 25 (9%)

En relación con las comorbilidades se encontró, de los 287 pacientes presentan diabetes 170 (59%), hipertensión arterial 122 (43%), infarto al miocardio 6 %, algunos otros padecimientos 18 %.

En cuanto al tabaquismo se presentó en 18 pacientes (6%) y el alcoholismo en 18 pacientes (6%).

En cuanto al nivel socioeconómico, se encontró en estrato I (Nivel Alto) 10 %, estrato II (Nivel medio alto) 12 %, estrato III (Medio Bajo) 26 %, estrato IV 36 % (Obrero) y estrato V (Muy bajo o marginal) 2 %, el 14 % de los pacientes no se aplicó la escala de nivel socioeconómico.

En cuanto al nivel de actividad física 283 (99%) realiza una actividad física baja y 4 (1%) una actividad física moderada.

De acuerdo al índice de alimentación saludable, 166 (58%) presenta una alimentación saludable, 116 (40%) requiere cambios y 5 (2%) tiene una alimentación poco saludable,



## **Conclusiones**

En la Unidad De Medicina Familiar número 66, en el estudio realizado se encontró un mayor predominio en el sexo femenino, así con una mayor incidencia entre la edad de 51 a 60 años, y un mayor número de pacientes con obesidad.

Se encontró una mayor prevalencia de hiperlipidemia mixta.

La mayoría de los pacientes requieren tratamiento farmacológico con una estatina o un fibrato, o de ambos medicamentos, de acuerdo al índice de alimentación saludable se encontró que más de la mitad de los pacientes llevan una alimentación saludable.

Existe una mayor frecuencia de pacientes con estrato socioeconómico IV (obrero) que no concuerda con la literatura de que es más frecuente en nivel socioeconómico alto y medio alto. En cuanto a la actividad física, la mayoría de los pacientes realizan actividad física baja.

Se encontró que un gran porcentaje de los pacientes presentan descontrol en sus niveles séricos de colesterol y triglicérido, por lo que se deben realizar acciones para que mejoren su alimentación, su actividad física y estilo de vida, para prevenir complicaciones cardiovasculares.

**ANEXO 1****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente trabajo de investigación se realizará con estricto apego a la Ley de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, en su título segundo, investigación para la salud, tomando en cuenta los siguientes artículos

Artículo 13, Artículo 14.

Se llevará a cabo una investigación sobre la evolución clínica de los pacientes con dislipidemia en la Unidad de Medicina Familiar No. 66

El objetivo del estudio es investigar las características epidemiológicas en pacientes con dislipidemia asistentes a consultas en la UMF 66 en el periodo marzo – agosto 2013.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar un cuestionario o preguntas que le tomará aproximadamente 25 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar conmigo al teléfono celular 2288604308

Investigador(a) principal  
Dr. Miguel Ángel Rasso Juárez

He leído el procedimiento descrito arriba.  
El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas.  
Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio  
He recibido copia de este procedimiento.

---

Firma del participante

---

Fecha

## ANEXO 2

**FORMATO DE RECOLECCION DE INFORMACION**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Numero de seguridad social \_\_\_\_\_  
 Sexo: Mujer ( ) Hombre ( ) Edad: \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 Lugar donde se alimenta (marque una x)  
 Casa \_\_\_\_\_ calle \_\_\_\_\_ trabajo \_\_\_\_\_

Nivel sérico de Colesterol \_\_\_\_\_  
 Nivel sérico de triglicéridos \_\_\_\_\_  
 Medicamentos que consume \_\_\_\_\_

Señale con una "X" el padecimiento que usted tenga.

Diabetes Mellitus ( ) Hipertensión Arterial ( )

Obesidad ( ) Infarto Agudo al Miocardio ( )

Otras mencione: \_\_\_\_\_

Fuma si no

Consume alcohol si no

**CUESTIONARIO NIVEL SOCIOECONOMICO**

Profesión del jefe de Familia \_\_\_\_\_

Nivel de educación de la madre o (esposa) \_\_\_\_\_

Principal fuente de ingreso de la familia \_\_\_\_\_

Condiciones de la vivienda \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO TIPOLOGÍA FAMILIAR**

Vive con su esposo (a) si no (con quien) \_\_\_\_\_

Usted trabaja si no su esposo (a) si no

Vive con sus hijos si no

Lugar de residencia \_\_\_\_\_

Ocupación de usted \_\_\_\_\_ de su pareja \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FISICA

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos realizó actividades físicas **intensas** tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

\_\_\_\_\_ **días por semana**

Ninguna actividad física intensa **Vaya a la pregunta 3**

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

\_\_\_\_\_ **horas por día**

\_\_\_\_\_ minutos por día

No sabe/No está seguro

Piense en todas las actividades **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos días hizo actividades físicas **moderadas** como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? **No** incluya caminar.

\_\_\_\_\_ **días por semana**

Ninguna actividad física moderada **Vaya a la pregunta 5**

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

\_\_\_\_\_ **horas por día**

\_\_\_\_\_ minutos por día

No sabe/No está seguro

Piense en el tiempo que usted dedicó a **caminar** en los **últimos 7 días**. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los **últimos 7 días**, ¿En cuántos **caminó** por lo menos **10 minutos** seguidos?

\_\_\_\_\_ **días por semana**

Ninguna caminata **Vaya a la pregunta 7**

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

\_\_\_\_\_ **horas por día**

\_\_\_\_\_ minutos por día

No sabe/No está seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **sentado** durante los días hábiles de los **últimos 7 días**. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.

7. Durante los **últimos 7 días** ¿cuánto tiempo pasó **sentado** durante un **día hábil**?

\_\_\_\_\_ horas por día

\_\_\_\_\_ minutos por día

No sabe/No está seguro

### Índice de Alimentación Saludable

<b>Consumo diario</b>	<b>Consumo diario</b>	<b>3 o más veces a la semana</b>	<b>1 o 2 veces a la semana</b>	<b>Menos de una vez a la semana</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
1. Cereales y derivados					
2. Verduras y hortalizas					
3. Frutas					
4. Leche derivados					
<b>Consumo semanal</b>	<b>1 o 2 veces a la semana</b>	<b>3 o más veces a la semana</b>	<b>Menos de una vez a la semana</b>	<b>Consumo diario</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
5. Carnes					
6. Legumbres					
<b>Consumo ocasional</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>	<b>Menos de una vez a la semana</b>	<b>1 o 2 veces a la semana</b>	<b>3 o más veces a la semana</b>	<b>Consumo diario</b>
7. Embutidos salchichas					
8. Dulces					
9. Refrescos con azúcar					
<b>10. Variedad *</b>					

\* Variedad: 2 puntos si cumple cada una de las recomendaciones diarias, 1 punto si cumple cada una de las recomendaciones semanales.

La clasificación de la alimentación en tres categorías: saludable si la puntuación > 80, necesita cambios si obtiene una puntuación entre 50 y 80 y poco saludable si la puntuación es menor de 50.

### ANEXO 3 INDICE NIVEL SOCIOECONOMICO DE GRAFFAR- MENDEZ

Variables	Puntaje	Items
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Estrato	Total de Puntaje Obtenido
Estrato I	4,5,6
Estrato II	7,8,9
Estrato III	10,11,12
Estrato IV	13,14,15,16
Estrato V	17,18,19,20

## Bibliografía

1. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de las Dislipidemias, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009
2. Araújo Fernandes R, Christofaro GD, Casonatto J, Sánchez Codogno J, Rodrigues E, Cardoso M, et al. Prevalence of Dyslipidemia in Individuals Physically Active during Childhood, Adolescence and Adult Age. *Arq Bras Cardiol.* 2011
3. Aguilar Salinas CA, Gómez Pérez FG, Lerman Garber I, Vázquez Chávez C, Pérez Méndez O, Posadas Romero C. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias: posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. *Revista de endocrinología y nutrición* 2004; 12 (1):7-41.
4. Munguía Miranda C, Sánchez Barrera R, Hernández Saavedra D, Cruz López M. Prevalencia de dislipidemias en una población de sujetos en apariencia sanos y su relación con la resistencia a la insulina. *Salud Pública Mex* 2008; 50: 375-382
5. Martínez Hernández AF, Chávez Aguirre R. Prevalencia y comorbilidad de dislipidemias en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (5): 469-475.
6. Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el primer nivel de atención. Caja Costarricense de Seguro Social 2004.
7. Furgione A, Sánchez D, Scott G, Luti Y, Arraiz N, Bermúdez V, et al. Dislipidemias primarias como factor de riesgo para la enfermedad coronaria. *Revista latinoamericana de hipertensión* 2009; 4 (1):18-25.
8. Escribano Hernández A, Vega Alonso AT, Lozano Alonso JE, Álamo Sanz R, Castrodeza Sanz JJ, Lleras Muñoz S. Dislipidemias y riesgo cardiovascular en la población adulta de Catilla y León. *Gac Sanit.* 2010; 24(4):282–287
9. Wang S, Xu L, Jonas JB, You QS, Wang YX, et al. (2011) Prevalence and Associated Factors of Dyslipidemia in the Adult Chinese Population. *PLoS ONE* 6(3): e17326. doi:10.1371/journal.pone.0017326
10. Aguilar Salinas CA, Rojas A, Gómez Pérez FJ, Valles Victoria, Franco A, Olaiz G, et al. Características de los casos con dislipidemias mixtas en un estudio de población: resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. *Salud pública de México* 2002; 44(6): 546-553.

11. Royo Bordonada MA, et al. Dislipidemias: un reto pendiente en prevención cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2011; 37(1):30.e1–30.e13
12. Miguel Soca PE. Dislipidemias. *ACIMED*. 2009; 20(6): 265-273
13. Jover Rojas JM. Las estatinas y su uso en personas con dislipidemia. *Revista SCIENTIFICA La paz Bolivia* 2008
14. Molina A. Manejo poblacional de las dislipidemias primarias. *REV MED CLIN CONDES* 2010; 21(5) 705-713.
15. Machado JE, Moncada JC, Mesa G. Patrones de prescripción de antilipémicos en un grupo de pacientes colombianos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2008; 23(3): 179-187