

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA



LA OBESIDAD ASOCIADA A LAS DISLIPIDEMIAS
EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL DE
CHANCAY 2018

Tesis para obtener el Título de Licenciado en Tecnología Médica con
especialidad de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica

Autor:

Bach. Lopez Casanova, Efrain Santos

Asesor:

Lic. T.M. Jaime Luyo Delgado

Huacho – Perú

2019

Acta de sustentación



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA

ACTA DE DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS N.º 005-2019

En la ciudad de Huacho, siendo las 11:00 am del día viernes 06 de setiembre del año dos mil diecinueve, y estando dispuesto al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro/RCU 3036-2016 en su artículo 21º, se reunió el Jurado Evaluador integrado por:

Mg. William Iván Beltrán Mejía	Presidente
Mg. Giovanna Minaya Higinnio	Secretaría
Mg. Medali Salcedo Rodríguez	Vocal

Con el objetivo de evaluar la sustentación del informe de tesis titulado “La Obesidad asociada a las dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018”, presentado por el Bachiller:

Efraín Santos Lopez Casanova

Efectuada la revisión y evaluación del mencionado informe, el Jurado Evaluador emite el siguiente fallo: *Aprobado por unanimidad*..... la sustentación de tesis, quedando expedito el Bachiller para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica.

Acto seguido fue llamado el Bachiller, a quien la Secretaria del Jurado Evaluador dio a conocer en acto público el resultado obtenido en la sustentación. Siendo las *12:00* se dio por terminado dicho acto.

Los miembros del Jurado Evaluador firman a continuación, dando fe de las conclusiones del acta:

Mg. William Ivan Beltrán Mejía
Presidente

Mg. Giovanna Minaya Higinnio
Secretaria

Mg. Medali Salcedo Rodríguez
Vocal

c.c.: Interesado
Expediente
Archivo.

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación personal. A mi amada familia, que son el motivo y la razón que me han llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados ideales de superación, ellos fueron quienes en los momentos más difíciles me brindaron su amor y comprensión.

Agradecimiento

Al finalizar esta investigación, es inevitable agradecer a las autoridades del Hospital de Chancay, sin su participación no hubiese sido posible llevar a cabo el desarrollo de mi tesis.

Debo agradecer de manera especial y sincera a mi asesor por motivarme en la realización de esta tesis bajo su dirección, apoyo y confianza en mi trabajo pues su capacidad para guiar este estudio ha sido un aporte invaluable.

Finalmente, me complace extender mi sincero agradecimiento a la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro - Filial Huacho y en ella a los excelentes docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto en las aulas enrumban a cada uno de los que acudimos con gran anhelo de autorealización.

Derechos de autoría y declaración de autenticidad

Se observa esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el DECRETO LEGISLATIVO N°822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente. La Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida y cada detalle adicional.

Autor: Efrain Santos, Lopez Casanova.

Índice de contenidos

Acta de sustentación	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Derechos de autoría y declaración de autenticidad.....	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	x
Índice de figuras.....	xi
Palabras clave	xii
Keywords.....	xii
Resumen	xiii
Abstract.....	xv
INTRODUCCIÓN	1
1. Antecedentes y fundamentación científica	3
1.1. Antecedentes.....	3
1.1.1. Antecedentes Internacionales	3
1.1.2. Antecedentes Nacionales.	8
2. Justificación de la investigación.	11
2.1. Justificación Teórica.	11
2.2. Justificación Práctica.	12
3. Problema.....	13
3.1. Problema General.	13
3.2. Problemas específicos.	13
4. Conceptuación y operacionalización de variables	13
4.1. Metabolismo de las lipoproteínas.....	13

4.2. Transporte de lípidos en sangre.....	14
4.3. Fisiopatología.	15
4.3.1. Obesidad y dislipidemia, ¿qué relación existe entre ambos trastornos?	17
4.3.2. Obesidad como factor de riesgo.....	18
4.3.3. Clasificación de la obesidad	19
4.3.4. Causas de la obesidad.	21
4.3.5. Indicadores para Determinar Sobrepeso y Obesidad.....	23
4.3.6. Tratamiento para la obesidad	24
4.3.7. Recomendaciones para prevenir la obesidad	25
4.4. Operacionalización de variables	26
5. Hipótesis	26
6. Objetivos.....	27
6.1. Objetivo general.....	27
6.2. Objetivo específico.	27
METODOLOGÍA	28
7.1 Tipo y diseño de la Investigación.....	28
7.1.1. Tipo de investigación.....	28
7.1.2 Diseño de la investigación.	28
7.1.3. Diseño de Causalidad.	28
7.1.4. Nivel de Investigación.	28
7.2. Población y Muestra	28
7.2.1. Población.....	28
7.2.2. Muestra.....	29
7.3. Técnicas e instrumentos de investigación.	29
7.3.1. Técnicas.....	29
7.3.2. Descripción de los instrumentos	29
7.4. Procesamiento y análisis de la información	29

RESULTADOS	30
8.1. Descripción de la muestra	30
8.2. Análisis estadístico de los hábitos alimenticios.....	30
8.3. Análisis estadístico de los hábitos actividad física	33
8.4. Análisis estadístico de los antecedentes y clasificación de obesidad.....	34
8.5. Prevalencia de Dislipidemias	35
8.6. Comprobación de Hipótesis	37
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS Y APÉNDICES.....	59
ANEXO N° 1.....	59
MATRIZ DE CONSISTENCIA	59
ANEXOS N° 2.....	61
ENCUESTA	61

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación de sobrepeso.	23
Tabla 2. Obesidad central.....	24
Tabla 3. Características de los trabajadores.....	30
Tabla 4. Hábitos alimentarios de los trabajadores.	31
Tabla 5. Hábitos de Actividad Física de los trabajadores.	33
Tabla 6. Antecedentes de obesidad de los trabajadores.	34
Tabla 7. Tipo de obesidad de los trabajadores.....	35
Tabla 8. Dislipidemias de los trabajadores.	35
Tabla 9. Distribución de los trabajadores.	39
Tabla 10. Distribución de los trabajadores.	41
Tabla 11. Distribución de los trabajadores.	43
Tabla 12. Distribución de los trabajadores.	44
Tabla 13. Tipo de Obesidad y prevalencia de dislipidemia de los trabajadores.....	45
Tabla 14. Pruebas de chi cuadrado entre la obesidad y dislipidemia	46

Índice de figuras

Figura 1. Características de los de los trabajadores.....	30
Figura 2. Hábitos alimentarios de los trabajadores	32
Figura 3. Hábitos de Actividad Física de los trabajadores.....	33
Figura 4. Antecedentes de obesidad de los trabajadores.....	34
Figura 5. Tipo de Obesidad de los trabajadores.	35
Figura 6. Dislipidemias de los trabajadores.....	36
Figura 7. Tipo de Obesidad y prevalencia de dislipidemia de los trabajadores.	45

Palabras clave

Tema	Dislipidemias
Especialidad	Bioquímica

Keywords

Topic	Dyslipidemias
Specialty	Biochemistry

Resumen

Objetivos: Determinar de qué manera se relaciona la obesidad con las dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

Materiales y método: Para dicha investigación se realizó unas encuestas y dosajes de los analíticos de colesterol y triglicéridos a trabajadores con sobrepeso y obesidad, en el hospital de Chancay 2018.

Resultados: Los estudios realizados a 60 trabajadores del hospital de Chancay 2018, nos indica que 29 son del género masculino lo cual nos da un 48.3% y 31 son del género femenino el cual hace un 51.7%, en referencia a la edad el grupo más prevalente representado por el 75% está entre los 35 años hasta los 50 años. En cuanto a los estudios de colesterol y triglicéridos se determinó que 26 trabajadores que representa el 43,3% de los analizados no tienen dislipidemias y que 34 trabajadores el cual representa el 56,7% presenta dislipidemias. Entre los antecedentes predominantes de la obesidad encontrada en la muestra el 51,7% menciona que ha tenido sobrepeso anteriormente, en el caso del 50% su edad de inicio de sobrepeso fue entre 26 años a 35 años. Asimismo, el 50% manifestó que el familiar que padece de sobrepeso es el hermano. En la clasificación de obesidad el 60% de los encuestados tiene sobrepeso, en el caso del 35% tiene obesidad grado I, en el 3,3% tiene grado II y en el 1,7% esta con grado III. Se determinó que mayor prevalencia de obesidad fueron en las personas que sufren de sobrepeso sobre todo en los que consumen 3 comidas al día representados por el 33%, al igual que los encuestados que comen en la calle siendo el 23,3%, en el caso del 60% que consumen carbohidratos todos los días, en el caso del 43,3% que consumía bebidas azucaradas con una frecuencia entre 2 a 6 días a la semana. Se observa también que la frecuencia de actividad física fue del 50,0% mientras que el otro 50% de la muestra no realiza ningún tipo de actividad física; en el 26,7% de los casos realizan ejercicio alrededor de una o dos horas por semana, el 60% se hallaba expuesto a la televisión entre 3 a 4 horas al día, en el caso del 66,7% consume tabaco y el caso del 33,3% menciona que más de 5 veces al mes consume alcohol.

Conclusión: De esta manera podemos concluir que la obesidad está relacionada con las dislipidemias y que si bien es cierto que el inicio de este padecimiento se dio entre los 26 años a 35 años con mayor frecuencia, no quiere decir que no se presentara en otras edades. También se debe saber que la alimentación con cargas excesivas de carbohidratos y una vida sedentaria tanto como el factor genético pueden ayudar a desencadenar esta patología.

Palabras claves: Obesidad, dislipidemias, sobrepeso, triglicéridos, colesterol.

Abstract

Objectives: To determine how obesity is related to dyslipidemias in the workers of the Hospital de Chancay 2018.

Materials and methods: For this research, surveys and dosages of cholesterol and triglyceride analytes were carried out on overweight and obese workers at the Chancay Hospital 2018.

Results: The studies carried out on 60 workers at the Hospital of Chancay 2018, indicate that 29 are of the masculine gender, which gives us 48.3% and 31 are of the female gender which makes 51.7%, in reference to age the most prevalent group represented by 75% is between 35 years to 50 years. Regarding the studies of cholesterol and triglycerides it was determined that 26 workers who represent 43.3% of those analyzed have no dyslipidemias and that 34 workers, which represents 56.7%, present dyslipidemias. Among the predominant antecedents of the obesity found in the sample, 51.7% mentioned that they had been overweight previously, in the case of 50% his age of onset of overweight was between 26 years to 35 years. Also, 50% said that the family member who is overweight is the brother. In the classification of obesity 60% of respondents are overweight, in the case of 35%, it has grade I obesity, in 3.3% it has grade II and in 1.7% it is grade III. It was determined that the highest prevalence of obesity was in the people who suffer from overweight, especially in those who consume 3 meals per day represented by 33%, as well as the respondents who eat on the street being 23.3%, in the case of 60% who consume carbohydrates every day, in the case of 43.3% who consumed sugary drinks with a frequency between 2 to 6 days a week. It is also observed that the frequency

of physical activity was 50.0% while the other 50% of the sample does not perform any type of physical activity; in 26.7% of the cases they exercise around one or two hours per week, 60% were exposed to television between 3 to 4 hours a day, in the case of 66.7% consume tobacco and the case of 33.3% mentioned that more than 5 times a month consume alcohol.

Conclusión: In this way we can conclude that obesity is related to dyslipidemias and that although it is true that the onset of this condition occurred between 26 years to 35 years more frequently, it does not mean that it did not appear at other ages. It should also be known that feeding with excessive carbohydrate loads and a sedentary life as well as the genetic factor can help to trigger this pathology.

Keywords: Obesity, dyslipidemias, overweight, triglycerides, cholesterol.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigación que se ha realizado hace referencia a un tema que ha ido tomando precedentes con el traspaso del tiempo. En los últimos años la obesidad ha aumentado significativamente a nivel mundial, cerca del 39% de la población adulta tenía sobrepeso y el 13% era obesa en los países con altos, medianos o bajos ingresos, sobre todo en la zona urbana. Se estima que para el año 2025 la prevalencia de obesidad será de 18% en los hombres y 21% en las mujeres adultas a nivel mundial.

Por su parte la dislipidemia que tiene relación con el sobrepeso y la obesidad es considerada como un factor de riesgo modificable de enfermedad coronaria y se define como la alteración de una o más lipoproteínas en sangre que conduce al aumento del colesterol total, de triglicéridos, al aumento de lipoproteínas de baja densidad y a la disminución de las lipoproteínas de alta densidad. La dislipidemia es un factor de riesgo aterogénico con un efecto pronóstico que depende de la edad: cuanto más joven sea la persona, mayor será el impacto negativo sobre la esperanza de vida.

Estudios poblacionales realizados en el Perú muestran que la prevalencia de sobrepeso u obesidad asciende a 19.8% en adultos y 7.6% en jóvenes, mientras que la prevalencia de colesterol total es de 19,6 %, la hipertrigliceridemias de 15,0% y LDL-C elevado de 13% en las personas adultas en el Perú. Los trabajadores de la salud no están exentos de este problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos informa que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en el mundo. Se calcula que 17,5 millones de personas murieron por ECV. Aproximadamente, más de tres cuartas partes de las muertes por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios. En el Perú, la tercera causa de mortalidad son las enfermedades del aparato circulatorio. Entre los factores de riesgo cardiovascular modificables están las dislipidemias, la hipertensión arterial, el tabaco, la diabetes mellitus, la vida

sedentaria, el estrés, la obesidad y entre los no modificables están la edad, el sexo y la herencia.

El aumento de sobrepeso, obesidad y dislipidemia tienen relación a factores genéticos y ambientales. Entre los factores ambientales debemos mencionar el tipo de dieta, la poca y a veces nula actividad física, el bajo consumo de frutas y verduras, el consumo frecuente de comida rápida con alto contenido de grasa y carbohidratos y bajo contenido de fibras, la ingesta de bebidas azucaradas, entre otros. La obesidad se asocia a niveles elevados de dislipidemias, este último aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y ambos afectan la expectativa y la calidad de vida de la persona, incrementan la muerte prematura y repercuten en el sistema de Salud debido a su elevado costo por tratamiento y atención especializada.

El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia que existe en los trabajadores del hospital de Chancay, para que de esta manera proponer e implementar intervenciones preventivas para disminuir el exceso de peso y la dislipidemia, y así contribuir en la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares.

1. Antecedentes y fundamentación científica

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes Internacionales

(Cueva Figueroa, 2015), en su tesis, “Diagnóstico de sobrepeso, obesidad y dislipidemias en personal administrativo y de salud del Subcentro de Salud del Área No. 3 de la ciudad de Loja”, numerosos informes señalan que la prevalencia de obesidad en adultos se ha incrementado notablemente en las últimas décadas, como consecuencia, uno de los problemas observados es el incremento paralelo en las complicaciones relacionadas a su presencia, entre ellas las dislipidemias. El principal objetivo de este estudio fue el diagnóstico de sobrepeso, obesidad y dislipidemias en personal administrativo y de Salud del Subcentro de Salud del Área No. 3 de la ciudad de Loja. Se trata de un estudio descriptivo, de correlación causal y transversal. La población estuvo representada por el personal médico y administrativo que labora en dicho subcentro, luego de aplicados los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 60 personas (34 mujeres-26 hombres) con edades comprendidas entre los 23 a 53 años. De los resultados obtenidos podemos destacar que 38% de la población presenta sobrepeso y obesidad, de estos pacientes 65% son de género femenino y 35% de género masculino. Así mismo, el 25% de la muestra presenta un perfil lipídico alterado. El total de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia aislada e hiperlipidemia mixta tienen a su vez sobrepeso y obesidad lo cual nos demuestra la relación directa que existe entre ambas patologías. Podemos concluir que en nuestra población objeto de estudio, el sobrepeso y la obesidad tienen mayor prevalencia en mujeres y se asocia a riesgo elevado de presentar dislipidemia.

(Pozo Larcos, 2016) en su tesis “Frecuencia de dislipidemia en trabajadores de la industria de la Ciudad de Quito noviembre 2015 - enero 2016” La dislipidemia es un trastorno metabólico que se identifica con la

alteración de los niveles séricos de las lipoproteínas, incluyendo al colesterol total (CT), triglicéridos (TG), lipoproteínas de alta densidad (HDL), y lipoproteínas de baja densidad (LDL). Este problema puede originarse desde varios aspectos, ya sean genéticos, patológicos o ambientales y todos ellos aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de dislipidemia en trabajadores de la industria de la ciudad de Quito en el período noviembre 2015- enero 2016. Población vulnerable a desarrollar enfermedades cardiovasculares por estar expuestos a factores de riesgo como: sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y otros. Estudio de tipo transversal donde se incluyó a todos los pacientes atendidos por Medical Preventiva con datos de colesterol, HDL, LDL, triglicéridos, edad, sexo y ocupación. Con un total de 183 trabajadores de la industria, 48% de los trabajadores se encuentra con niveles de lipoproteínas normales y el 52% (80% hombres, 20% mujeres) restante presenta algún tipo de dislipidemia.

(Fragoso Muñoz, 2013) en la tesis, “Sobrepeso, obesidad y funcionalidad familiar en trabajadores de la UMF 75” El sobrepeso y la obesidad es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes y problemas de salud pública para México y para el mundo, dada su magnitud y la rapidez de su incremento, teniendo un efecto negativo que ejerce sobre el proceso salud-enfermedad para propiciar el desarrollo de dichas patologías. En México, la epidemia del sobrepeso y la obesidad es un problema que crece a gran velocidad en todos los grupos de edad. Respecto al ámbito internacional existe evidencia suficiente para establecer la contribución de estas condiciones al desarrollo de enfermedades crónicas y su carga potencial a los sistemas de atención a la salud. El estilo de vida quien ocupa un lugar protagónico en la aparición del sobrepeso y la obesidad. Este hábito de vida basado fundamentalmente en la ingestión excesiva de alimentos y el sedentarismo. Este también recibe influencia de

todo el sistema de relaciones socio-económica y culturales del hombre en la sociedad sobre su proceso salud-enfermedad.

(Zonana Nacach, Salinas Merlos, Guerrero Saucedo, Moreno Cazares, & Gómez Naranjo, 2013). En el artículo de investigación, “Prevalencia de obesidad en trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, BC” nos dice, La esperanza de vida continúa incrementándose, sin embargo, se estima que la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón se triplicará en la próxima década debido al aumento en la incidencia de enfermedades ateroscleróticas asociadas con la urbanización y el incremento de otros factores de riesgo como la obesidad, la diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial sistémica (HAS), dislipidemias, tabaquismo e inactividad física. El Instituto Mexicano del Seguro Social es actualmente la institución de seguridad social más grande de Latino-américa.

En México, las instituciones públicas cuentan con más de 650 000 trabajadores de la salud (2007). Alrededor de 171 000 son médicos en contacto con pacientes; 223 000 son enfermeras y 85 000 son personal para-médico y personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Es importante evaluar la prevalencia de obesidad en el personal de salud, ya que se encuentra directamente involucrado en la promoción de la salud. En México se han realizado pocos estudios para conocer el estado de salud del personal del sector, principalmente en mujeres.

De junio a diciembre de 2010 se realizó una encuesta con 1 161 trabajadores, médicos, enfermeras, trabajadores sociales y asistentes médicos. Se aplicó un cuestionario que incluyó variables socio-demográficas, antecedentes de DM, HAS, dislipidemia y tabaquismo. Se realizó medición de peso, talla, índice de masa corporal y circunferencia de cintura.

Setecientos treinta y uno (63%) fueron mujeres con una edad promedio de 39.9 ± 9.5 años y antigüedad laboral de 11.9 ± 9.4 años. Siete (0.6%), 337 (29%), 481 (41%) y 336 (29%) tuvieron peso bajo, peso normal, sobrepeso u obesidad, respectivamente. Cuarenta y nueve (4.2%) de los trabajadores tuvieron antecedentes de DM, 116 (10%) de HAS, 65 (6%) de dislipidemia y 164 (14%) refirieron tabaquismo.

En el personal de salud masculino entre 17 y 31 años hubo una mayor frecuencia significativa de tabaquismo (23 vs. 11%, $p= 0.007$) y de obesidad (25 vs. 15% , $p= 0.02$); en las mujeres entre los 32 y 39 años de edad hubo mayor frecuencia significativa de otras enfermedades crónicas (7.4 vs. 1.7%, $p=0.03$); las mujeres entre 40 y 46 años tuvieron mayor frecuencia de DM (7 vs. 1.3%, $p= 0.06$) y de circunferencia de cintura anormal (9.6 vs. 1.3%, $p= 0.001$), (cuadro I). No se observaron diferencias significativas en la frecuencia de obesidad, DM o HAS entre las diferentes categorías contractuales o entre médico familiar o especialista.

(Aldo Zarate, y otros, 2009), En el artículo de investigación, “Influencia de la obesidad en los costos en salud y en el ausentismo laboral de causa médica en una cohorte de trabajadores” La obesidad es reconocida como un importante problema de salud pública en todo el mundo. El aumento de su prevalencia ha alcanzado caracteres epidémicos para la gran mayoría de los países industrializados y en desarrollo¹. En Chile, en un estudio en población urbana en 1997, se encontró una prevalencia de 19,7% y la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, con representatividad nacional, mostró una prevalencia de 23,2%.

Según los estudios publicados, el costo que demanda la obesidad y sus comorbilidades asociadas, alcanza un porcentaje que varía entre 2% y 9,4% del costo total en salud en países con información disponible. En los Estados Unidos de Norteamérica, desde el año 1995 hasta 2003, el costo anual relacionado con la obesidad derivada del uso de servicios de salud (costo directo), aumentó de U\$ 51,6 a U\$ 75 billones. Al comparar el costo directo anual entre sujetos con peso normal con sujetos obesos, los rangos de aumento porcentual oscilan entre 25% y 36% más alto para obesos y entre 44% y 53% mayor en el caso de obesidad severa y mórbida. Rev Méd Chile 2009; 137: 337-344.

(Huerta Morfín, 2004), en su tesis, “Frecuencia, factores de riesgo y grado de obesidad en trabajadores de la salud en el HGZ y MF1 delegación Colima” se realizó un estudio descriptivo observacional, en lo cual se entrevistaron a 272 trabajadores. Las variables analizadas fueron: puesto contractual, edad, sexo, estado

civil, actividad física, toxicomanías, hábitos alimentarios, además se determinó el peso, la talla, la medición de cintura, cadera y toma de muestra sanguínea glucosa, colesterol y triglicéridos. Se analizaron los resultados con personajes, promedios y desviación estándar. La comparación de variables cualitativas fue con χ^2 con corrección de Yates o prueba exacta de Fisher. La comparación de promedios para 3 o más grupos fue con ANOVA de una vía con corrección de Scheffe y la correlación se realizó con una regresión lineal simple entre IMC y variables cuantitativas evaluadas. En todas las pruebas anteriores utilizamos un intervalo de confianza del 95 %.

(Fanghänel-Salmón, y otros, 1997) evaluaron la prevalencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en trabajadores de una institución de salud. La distribución de los factores de riesgo para enfermedad coronaria fue: hipercolesterolemia 16.34% (IC95 14.80 - 17.87), la prevalencia de EMC >30 Kg/m² de 13.92% (IC95 2.48 -15.36).

(Loján Celi, 2016) , en su tesis “Estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Personal del hospital de los valles, 2014-2015.” nos dice, El sobrepeso y la obesidad son alteraciones nutricionales más comunes. En Ecuador 65.5% de las mujeres y 60% de los hombres las padecen. (ENSANUT, 2013). Debido a que es un problema que se incrementa aceleradamente, es de vital importancia conocer los principales factores y grupos de riesgo. Objetivo: Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad del personal del HDLV, periodo 2014 - 2015. Metodología: Estudio transversal sobre una muestra no probabilística, que recolectó y analizó la información de las historias clínicas ocupacionales de los trabajadores del HDLV.

(Casado Cornejo, Campos Leon, & Moron Florián, 1996) realizó un estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de hipercolesterolemia y establecer la relación entre los niveles de colesterol y otros factores de riesgo, entre ellos el sobrepeso en 1011 mujeres y 1001 hombres mayores de 20 años en Acapulco, Guerrero. La prevalencia global de hipercolesterolemia es de 33 % y en

las mujeres de 36% mientras que en los hombres fue de 30%. Se reportó un valor medio de colesterol significativamente mayor para el sexo femenino (189 mg/dl), en relación con el sexo masculino ($p = 0.0027$). A mayor edad se presentó más alto el valor medio de colesterol tanto para el sexo masculino como para el femenino, con diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.01$). Entre otros resultados refiere que el 26% de las mujeres y el 16% de los hombres presentaron antecedente de enfermedad cardiovascular; un IMC > 27 en el 42.5% de la población femenina y 33% de la población masculina.

1.1.2. Antecedentes Nacionales.

(Gómez Avellaneda & Tarqui Mamani, 2017), en su artículo titulado “Prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de salud del nivel primario” nos dice, La dislipidemia y la obesidad constituyen factores modificables de riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de la salud.

Este es un estudio transversal en el que el muestreo fue aleatorio con afijación proporcional y se incluyeron 163 trabajadores de áreas de la salud. Se evaluaron el índice de masa corporal y el perímetro abdominal. Se consideraron colesterol total (CT) elevado > 200 mg/dl, LDL-C > 100 mg/dl, HDL-C bajo (varones HDL-C < 40 mg/dl y mujeres HDL-C < 50 mg/dl), y triglicéridos ≥ 150 mg/d.

La prevalencia de hipercolesterolemia fue 30,1 %, triglicéridos 40,5%, HDL bajo 69,3%, LDL elevado 55,2%, y la dislipidemia global fue 87,7%. La mediana de triglicéridos ($p=0,034$) y LDL-C fue mayor en varones que en mujeres ($p=0,038$). La LDL-C aumentó con la edad ($p=0,015$). La dislipidemia, sobrepeso, obesidad y obesidad abdominal predominaron en las mujeres. La prevalencia de sobrepeso fue 41,1%, obesidad 25,8% y obesidad abdominal de 37,5%. Se concluyó que la prevalencia de dislipidemia global fue alta y más de la mitad de los trabajadores de la salud presentaron sobrepeso u obesidad, así como la tercera parte tuvieron obesidad abdominal.

(Rosas, Lama, Llanos-Zavalaga, & Dunstan, 2002), en su artículo titulado “Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en trabajadores de una institución estatal de Lima – Perú”, Objetivo: Determinar la prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en los trabajadores de una institución estatal de Lima - Perú. Materiales y métodos: en este estudio transversal analítico, evaluamos 359 trabajadores, que acudieron a su examen médico anual respectivo entre octubre y diciembre de 2001. A cada sujeto se le determinó peso y talla y se le tomó una muestra de 5 ml de sangre en ayunas. Se definió sobrepeso como índice de masa corporal (IMC) >25 y <30 , obesidad como IMC >30 e hipercolesterolemia como colesterol total sérico >200 mg/dl. Resultados: las prevalencias de obesidad y sobrepeso fueron 17,9% y 46,8%, respectivamente. Se encontró 123 (34,7%) sujetos con hipercolesterolemia. Las proporciones de sujetos con valores anormales de colesterol fueron: para HDL-C 0,0%, LDL-C 29,7%, triglicéridos 19,5%, CT/HDL-C 24,9% y LDL-C/HDL-C 16,7%. El sexo masculino, la edad mayor de 50 años y la condición de sedentario estuvieron asociadas con obesidad ($p<0,05$). El sexo masculino y la edad mayor de 40 años estuvieron asociadas con valores anormales de lípidos séricos. Los valores de colesterol total, LDL-C, triglicéridos, CT/HDL-C y LDL-C/HDL-C fueron significativamente mayores en los sujetos obesos ($p<0,05$). El nivel de HDL-C fue mayor en el grupo con peso adecuado ($p<0,05$). Conclusiones: la obesidad e hipercolesterolemia son patologías relevantes en esta población laboral. Se recomienda establecer programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular y modificación de estilos de vida en esta población.

(Llanos Zavalaga, Nájjar Trujillo, Mayca Pérez, & Rosas Aguirre, 2001), en su artículo, “Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia – 1998”, La obesidad es un problema creciente de salud pública, reconociéndose la importancia de su estudio en la población pediátrica y adulta joven para prevenir las complicaciones que esta puede generar. Objetivo: Determinar la prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal

analítico, evaluando 133 sujetos que acudieron al examen médico de la Universidad en febrero de 1998, seleccionados en forma aleatoria. Se definió sobrepeso como Índice de Masa Corporal (IMC) >25 y ≤ 30 , obesidad como IMC >30 e hipercolesterolemia como colesterol total sérico >200 mg/dl. A cada sujeto de estudio se le determinó peso y talla y se le tomó una muestra de 5 cc de sangre en ayunas. Resultados: La prevalencia de obesidad fue 3.76% y 26.30% de sobrepeso. Se encontró 3.76% de sujetos con hipercolesterolemia. No se encontró asociación entre obesidad y edad o sexo. Las proporciones de sujetos con valores anormales de colesterol fueron: 3.76% de HDL-C, 13.53 % de LDL-C, 2.26% triglicéridos, 6.76% de LDL-C/HDL-C y 5.26% de CT/HDL-C.

Conclusión: La obesidad es una patología relevante en este grupo poblacional. Se recomienda establecer programas de prevención de obesidad y modificación de estilos de vida en esta población adulta joven con la finalidad de poder reducir la prevalencia de sobrepeso y el riesgo posterior de enfermedades cardiovasculares. (Rev Med Hered 2001; 12: 78-84).

(Flores Valdez, 2002) en su tesis para optar el grado de especialista en medicina interna, titulado “Implicancias del Sobrepeso y la Obesidad en Salud de pacientes del Programa de Obesidad del Servicio de Endocrinología del Hospital Arzobispo Loayza 2000-2001”, de la universidad de país; se concluyó que la obesidad muchas veces tiene su origen en causas endocrinas como se detalla muy ampliamente en mi proyecto. Objetivo: Correlacionar el grado de obesidad y enfermedades concomitantes en mujeres que asistieron al Programa de Obesidad durante 2000-2001. Diseño: Descriptivo, Muestra y localización: 180 pacientes que asistieron al programa de obesidad durante el periodo de 2000-2001 del Hospital Arzobispo Loayza. Instrumentos: Fichas clínicas e historias clínicas. Resultados: El 66% de la población está expuesta a alteraciones metabólicas siendo el grupo más expuesto los pacientes obesos de grado III en 16%. El 37.78 % tienen sobrepeso y el 62.23 % obesidad en diferentes estadios. Aproximadamente más del 50% de los pacientes obesos son hipertensos, dentro de estos el grupo más afectado es el de obesos grado III (71,43%) entre las edades de 40 a 60 años. El 75% tienen diabetes

tipo 2, los pacientes con grado II y III de obesidad presentaron el nivel más alto de hipertrigliceridemia 52.78 % y 67.86 % a su vez estos mismos grupos tuvieron el valor más bajo de HDL. La Hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la hipertrigliceridemia son las alteraciones metabólicas que se presentan en más del 45 a 50 % de nuestros pacientes.

(Ríos Mino & Huamán Saavedra, 2013) en su artículo “Prevalencia de sobrepeso y obesidad según edad y género en adultos de Trujillo – Perú”, nos dice, La obesidad es un problema mundial de salud pública. Objetivo: establecer la prevalencia de sobrepeso y obesidad según edad y género en adultos de Trujillo y asimismo la frecuencia de obesidad central en esos niveles. Material y método: Estudio transversal llevado a cabo en la ciudad de Trujillo durante el periodo noviembre 2007-octubre 2012. Se incluyó a 534 adultos (256 varones y 278 mujeres), en grupos etáreos de 20 - 39, 40 - 59 y 60 - 79 años, seleccionados al azar. Se les hizo evaluación clínica. Resultados: Los varones tuvieron un mayor IMC, cintura y coeficiente cintura/cadera. El IMC alcanzó máximos a los 40-59 años y la circunferencia de cintura, en el grupo de 60-79 años. La mayor frecuencia de sobrepeso fue en el grupo de 60 a 79 años con 62.5%, varones y 38.78 %, mujeres; y de obesidad, en los 40-59 años con 21.28 %, varones y 18.37 %, mujeres. La frecuencia de sobrepeso en varones fue significativamente mayor que en las mujeres. La frecuencia de obesidad clase I, II y III, en varones, fue de 14.06%, 1.56% y 0.39%, respectivamente y en mujeres, fue de 9.35%, 1.80% y 0%, respectivamente. La prevalencia de obesidad central, en pacientes con sobrepeso, fue significativamente mayor en mujeres. Conclusiones: La frecuencia de la obesidad, sobrepeso y obesidad central en Trujillo es alta y comparable en varones y mujeres a otros estudios; incrementa con la edad.

2. Justificación de la investigación.

2.1. Justificación Teórica.

La obesidad asociada a la dislipidemias presentan un conjunto de manifestaciones que se relacionan con un incremento del riesgo para desarrollar

diabetes metabólica tipo 2 (DM2), enfermedad coronaria y cerebrovascular, llevando a un incremento en cinco veces en la mortalidad cardiovascular, e incluyendo a la obesidad que es considerada por la OMS como la epidemia del siglo XXI.

Las últimas evidencias sobre la prevalencia de la obesidad y el aumento de casos no solo en el mundo sino a nivel latinoamericano y local, hacen la necesidad de formar conciencia sobre los riesgos de padecerla, ya que sus complicaciones producto de esta, están estrechamente relacionados con enfermedades crónicas degenerativas que no solo limitan a la persona sino que ocasionan grandes pérdidas económicas al país, la empresa y al propio paciente.

Por lo tanto la presente investigación permitirá comprobar, los diferentes postulados sobre los riesgos de tener obesidad y en mayor medida padecer problemas de dislipidemias en los trabajadores del hospital de Chancay, dado el grado de sedentarismo y la poca costumbre a la alimentación sana, debido también al estilo de vida y en algunos casos la poca actividad física que desempeñan en su ámbito laboral.

Esperamos brindar al término de esta investigación alternativas de solución con el fin de disminuir la prevalencia y el crecimiento de factores de riesgo que afectan la calidad de vida de los trabajadores del hospital de chancay, dándoles a conocer alternativas de alimentación sana y lo saludable que resulta para nuestro cuerpo la actividad física supervisada.

2.2. Justificación Práctica.

El presente trabajo de investigación será realizado en el Hospital de Chancay en trabajadores del mismo, es porque a través de nuestra experiencia laboral y académica hemos podido apreciar una evidente falta de estilo de vida saludable.

Dado que los casos se han incrementado en nuestra sociedad, se debe buscar soluciones pertinentes a fin de que la población no se vea afectada por diferentes enfermedades como consecuencias del aumento de masa corporal por encima de sus valores normales.

Esperamos brindar al término de esta investigación alternativas de solución con el fin de disminuir la prevalencia y el crecimiento de factores de riesgo que afectan la calidad de vida de estas personas.

3. Problema

3.1. Problema General.

¿De qué manera está asociada la obesidad con las dislipidemias en los trabajadores del hospital de Chancay 2018?

3.2. Problemas específicos.

- ¿Cuál es el motivo a padecer de sobrepeso en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018?
- ¿Cuál es la causa más frecuente a padecer de dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018?
- ¿Cuál es el riesgo que existe a padecer de obesidad y dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018?

4. Conceptuación y operacionalización de variables

4.1. Metabolismo de las lipoproteínas.

Las lipoproteínas son complejos de gran tamaño, en su mayoría esféricos. Su función principal es la de transportar lípidos principalmente triglicéridos, ésteres colesterilo y 21 vitaminas liposolubles, a través de los líquidos del organismo, ya sea plasma, líquido intersticial y linfa; hacia y desde los tejidos. ¹

Estas lipoproteínas desempeñan el papel principal de absorber el colesterol de los alimentos, los ácidos grasos de cadena larga, las vitaminas liposolubles, su respectivo transporte desde el hígado hasta los tejidos periféricos y el transporte de colesterol desde estos tejidos periféricos hasta el hígado. (Millán, y otros, 2010)

Las lipoproteínas por su densidad se pueden clasificar, de las más grandes y menos densas a las más pequeñas y densas. Las lipoproteínas son más grandes y menos densas, si contienen más grasa que la de la proteína; se clasifican de la siguiente manera:

Los quilomicrones que son los que transportan los triglicéridos desde los intestinos hasta hígado, músculo esquelético y el tejido adiposo.

Las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) que llevan nueva síntesis de triglicéridos desde el hígado al tejido adiposo.

¹ (Ed.), 2015)

Lipoproteínas de densidad intermedia (IDL) que no son detectadas en sangre.

Las lipoproteínas de baja densidad (LDL) que trasladan el colesterol desde el hígado hasta las células del organismo.

Las lipoproteínas de alta densidad (HDL) que acopian el colesterol de los tejidos del cuerpo y lo llevan nuevamente al hígado.

4.2. Transporte de lípidos en sangre.

Los lípidos son insolubles en el plasma sanguíneo, por lo que circulan en la sangre unidos a proteínas en forma de lipoproteínas. La albúmina, una proteína plasmática, transporta los ácidos grasos, La superficie de las lipoproteínas contiene las proteínas 22 denominadas apoproteínas y lípidos antipáticos (con dos porciones, una polar y otra apolar) con su parte polar hacia la parte exterior de la partícula. En el núcleo de la lipoproteína se encuentran los lípidos apolares, como el colesterol esterificado y los triglicéridos. La densidad de las lipoproteínas se debe a la proporción relativa de lípidos y proteínas. Las lipoproteínas más ricas en lípidos son los quilomicrones y las abundantes en proteínas son las lipoproteínas de alta densidad. La composición de las lipoproteínas varía por el intercambio de lípidos y lipoproteínas que sufren. (Millán, y otros, 2010).

Los lípidos de la dieta, principalmente los triglicéridos y en menor proporción el colesterol y otros, son digeridos en el tracto gastrointestinal por acción de enzimas como las lipasas, con la ayuda de las sales biliares y absorbidos por la mucosa del intestino delgado. En el duodeno, primera porción del intestino delgado, se originan los quilomicrones que pasan a la circulación linfática y son las lipoproteínas responsables de transportar en la sangre los triglicéridos de origen exógeno o dietético. (Beers, y otros, 2007).

La lipoproteína de muy baja densidad o VLDL, transporta los triglicéridos sintetizados en el hígado, es decir, de origen endógeno. El aumento en sangre de estas dos lipoproteínas, los quilomicrones y las VLDL, elevan las concentraciones circulantes de triglicéridos después de las comidas grasas (hipertrigliceridemia pos prandial) o en ayunas. (Beers, y otros, 2007).

4.3. Fisiopatología.

Las células del cuerpo necesitan energía proveniente del colesterol y de los triglicéridos, estos ingresan por la ingesta de alimentos en un 30% y por la síntesis de lípidos en el hígado en un 70%. En el plasma el colesterol se une al LDL (lipoproteína de baja densidad) que representa el 60 a 70% de colesterol plasmático y a al HDL (lipoproteína de alta densidad) 20 a 30%. (Fundación del Caribe para la investigación Biomedica, 2013) El colesterol es la materia prima en la formación de ácidos biliares, hormonas y membranas celulares. Los triglicéridos representan una fuente de energía durante un tiempo prolongado. El HDL tiene la función de transporte reverso, cuando la carga de lípidos excede a los gastos de energía estos se convierten en ácidos grasos libres o se almacenan en los adipocitos en forma de triacilglicerol. Normalmente con la dieta las grasas se absorben en el intestino, se unen a las apoproteínas, con la consiguiente formación de los quilomicrones cuyo elemento principal son los triglicéridos; estos quilomicrones atraviesan la membrana basal del enterocito y pasan a la circulación linfática. Para que este paso sea efectivo, los triglicéridos deben hidrolizarse por acción de lipasas pancreáticas en la luz intestinal, se emulsionan con ácidos biliares y forman micelios. (Manson, 2014).

El transporte de lípidos se realiza mediante dos vías; la vía exógena y la vía endógena. En la vía exógena los lípidos provenientes de los alimentos son metabolizados por enzimas intestinales y sales biliares; los ácidos grasos libres generados, y sus remanentes, son transportados por los quilomicrones para ser utilizados por el hígado. Solo un 25% del colesterol corresponde al aportado por los alimentos. (NUTRILIFE, 2016) La vía endógena, es aquella por la cual el colesterol y triglicéridos que produce el hígado son llevados a los tejidos periféricos por las VLDL, precursoras de las LDL, reconociendo una fase intermedia entre ellas conocida como IDL. Los receptores específicos para lipoproteínas LDL en las membranas celulares de las células extra hepáticas, así como también de las células hepáticas, tienen la función de captar gran parte de las LDL y su colesterol plasmático. Los receptores son proteínas capacitadas para la función de captar esteroides. (NUTRILIFE, 2016).

De acuerdo con la Doctora Noemí Santos, Directora Médica de Landsteiner Scientific, un adulto con obesidad tiene hasta cuatro veces más probabilidad de ser diagnosticado con dislipidemias, esto en comparación con aquellos que se encuentran en un peso saludable.

Las dislipidemias son un conjunto de afecciones que tienen en común la concentración normal de grasa (lípidos) en la sangre, por ello es que en varias ocasiones pasan desapercibidas en quienes las presentan. Éstas se clasifican por hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y dislipemia mixta, y son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, las cuales están dentro de las cuatro primeras causas de mortalidad en el país; por tal motivo es importante atenderlas.

En México, mediciones registradas en los últimos 30 años, muestran una fuerte tendencia en el aumento de sobrepeso y obesidad, así como de las dislipidemias. “Datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, indican que la obesidad se asoció de forma importante con la hipertrigliceridemia, seguida de la hipercolesterolemia. La probabilidad de tener colesterol dañino (LDL) alto, colesterol saludable (HDL) bajo, triglicéridos elevados o cualquier combinación posible de estas condiciones, resultó cuatro veces mayor en adultos con obesidad que aquellos con peso normal. Por ello es que a mayor incidencia de obesidad y sobrepeso, aumentará la prevalencia de dislipidemias entre los mexicanos”, explicó la Dra. Santos.

Desde que fue reconocido como problema de salud por la Encuesta Nacional Sero-epidemiológica (ENSE) de 1988, la hipercolesterolemia se ha notificado cada vez más entre la población, esto se debe al aumento en el porcentaje de grasas como parte de la ingesta total de energía, en combinación con el consumo de bebidas altas en calorías y alimentos ricos en harinas refinadas.

En relación a esto, la Dra. Santos explicó que los cambios en el estilo de vida y alimentación, han influido en el crecimiento de la prevalencia de las dislipidemias, el sobrepeso y la obesidad en México. Por tal motivo es necesario hacer modificaciones en aspectos como la alimentación para revertir tal tendencia.

“Las dislipidemias son alteraciones metabólicas que responden muy bien al tratamiento farmacológico y preventivo, por ello es necesario implementar medidas que eduquen a la población en materia de salud, por ejemplo, difundir la importancia de optar por una dieta más saludable que contemple la reducción de sal, grasas saturadas, alimentos procesados y azúcar refinada, además de aumentar la actividad física cotidiana”, indicó la Directora Médica de Landsteiner Scientific”.

4.3.1. Obesidad y dislipidemia, ¿qué relación existe entre ambos trastornos?

¿Qué consecuencias tiene para la salud la obesidad? Una de las más comunes y peligrosas es la dislipidemia.

Nadie niega a día de hoy que la obesidad sea un problema de salud de enormes dimensiones, y es que, por suerte, actualmente sabemos que el sobrepeso es un trastorno que provoca múltiples complicaciones a diferentes niveles y que, entre otras cosas, reduce la esperanza de vida de forma considerable.

En este sentido, varios son los estudios que revelan que los adultos de entre 40 y 70 años con un exceso de peso superior al 30% sufren un aumento de la mortalidad (42% en varones y 36% en mujeres), debido a las muchas enfermedades que se asocian con esta condición. Entre ellas se encuentran los trastornos de los lípidos, más concretamente la dislipidemia, una alteración metabólica que se diagnostica hasta cuatro veces más entre personas obesas.

¿Qué es la dislipidemia?

Con este nombre denominamos a la alteración de los niveles de lípidos en la sangre. Pero, ¿qué son los lípidos? Se trata de un conjunto de moléculas que circulan por el torrente sanguíneo y entre las cuales se encuentran el colesterol total, el colesterol LDL, el colesterol HDL y los triglicéridos. Por lo general, cuando existe un problema de dislipidemia, el colesterol total, el LDL y los triglicéridos tienden a aumentar, mientras que se produce una disminución del colesterol HDL (el coloquialmente conocido como “bueno”).

¿Por qué es tan peligrosa la dislipidemia?

La obesidad, como avanzábamos al comienzo del artículo, se encuentra estrechamente ligada a la dislipidemia la cual, por otra parte, constituye uno de los

principales factores de riesgo cardiaco. La explicación es sencilla: niveles elevados de colesterol LDL y bajos de colesterol HDL junto con una menor tolerancia a la glucosa dan como resultado una mayor predisposición al desarrollo de complicaciones como la aterosclerosis (engrosamiento de las paredes arteriales como consecuencia del depósito de lípidos en su interior). Esta, por su parte, es una enfermedad grave que puede ocasionar problemas tan serios como accidentes cerebrovasculares o un ataque cardíaco.

¿Cómo se trata la dislipidemia?

Teniendo en cuenta que la dislipidemia puede estar originada por diferentes situaciones, es importante prescribir un tratamiento individualizado y consensuado por un equipo multidisciplinario en el que participen el médico de atención primaria, el nutricionista y, si resulta necesario, el especialista de los órganos afectados. Además, en el abordaje de este trastorno es fundamental adaptar ciertos cambios en el estilo de vida. De esta forma, resulta clave que la persona con obesidad y dislipidemia integre en su dieta las modificaciones necesarias, abandone el alcohol y deje de fumar si es que lo hacía hasta el momento.

Sea como fuere, si tienes dudas sobre lo que supone un problema de dislipidemia, consulta a tu médico. Recuerda siempre que él es la persona más adecuada para despejar tus interrogantes.²

4.3.2. Obesidad como factor de riesgo.

La obesidad viene a ser la acumulación excesiva de tejido graso en nuestro cuerpo lo que se traduce como un aumento de peso corporal que tiene efecto negativo para la salud del individuo.

Se menciona que la obesidad se define como la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa riesgo para la salud, afectando a personas de todas las edades y sexo sin distinción de ningún tipo. De acuerdo a Garrow (2009) “Influye en el crecimiento, el ritmo madurativo y el equilibrio endocrino, pero incluso más importante puede perpetuarse en la edad adulta y junto con otros factores

² (Purificación Salgado, 2016)

de riesgo facilitar la aparición de enfermedades graves, que pueden incrementar la mortalidad o concluir a grandes variables de invalidez”

Las causas de la obesidad son varias esto es debido a la acumulación en grandes cantidades de tejido adiposo, que son el origen de riesgo a mortalidad para la salud. Por otro lado Berrios y Jadue (2008) ”La obesidad es la enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto donde está asociada con numerosas complicaciones como ciertas condiciones de salud o enfermedades y un incremento de la mortalidad”

La obesidad está fuertemente relacionada como causa de otras enfermedades entre ellas encontramos los padecimientos cardiovasculares, diabéticos, osteomioarticulares etc.

4.3.3. Clasificación de la obesidad

Según su distribución:

Obesidad Androide o Central

La obesidad androide la grasa se acumula en el abdomen representando mayor riesgo cardiovascular además que se distinguen dos subtipos uno visceral más profunda y otro cutáneo más superficial, también mencionan que existe mayor concentración de insulina en la sangre, mas concentración de triglicéridos también. Expresan Cooper y Krainik (2010) “En este tipo de obesidad la grasa se acumula mayormente en la parte superior del cuerpo en la cintura, abdomen, pecho y rostro. El cuerpo toma “forma de manzana”. Se distinguen dos subtipos: Obesidad abdominal subcutánea en la que el depósito de grasa se encuentra en el tejido celular subcutáneo, y si predomina profundamente, con disposición peri visceral en el área mesentérica, se habla de obesidad abdominal visceral. La obesidad tipo androide está asociada con hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, menor tolerancia a la glucosa, hipocolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes e hipertensión”

Hacen mención que este tipo de obesidad se da con más frecuencia en el hombre, pero también se puede ver en las mujeres sobre todo en aquellas que están sometidas

a estrés constante, liberando más adrenalina a la circulación pero de igual forma por la situación anatómica representa un riesgo para órganos importantes y vitales.

La obesidad que se acumula en las piernas representa causas de enfermedades desarrolladas por el peso que soportan los miembros inferiores por una acumulación de grasa en la región glúteo femoral: caderas, nalgas y muslos; el cuerpo toma forma de pera. Explican Bray y Bouchard (2008) “Los adipocitos de este tipo almacenan grasa con más facilidad y después no le es tan fácil perderla el riesgo para la salud no es tan grande como el que se supone para la obesidad tipo androide, la obesidad ginoide es más frecuente en las mujeres pre menopáusicas y no comporta un exceso de riesgo cardiovascular ni de diabetes. Se asocia con más frecuencia a osteoartritis en las articulaciones de carga, insuficiencia venosa y litiasis biliar”.

Según su causa

Obesidad exógena o simple

La obesidad es un problema no solo para el aspecto físico de las personas sino también para su salud en general. Cuanto mayor sea el sobre peso, mayor el riesgo de que su salud se vea afectada por cuanto considerar consumir alimentos sanos y en bajas calorías. Se mencionó en la Conferencia Internacional de Nutrición (2012) “Este tipo de obesidad constituye aproximadamente el 90 y el 95% de todos los casos de obesidad, está relacionado por un inadecuado régimen de alimentación o estilo de vida. En ocasiones, no se trata únicamente de que haya una alimentación excesiva, si no de que hay una falta de gasto de energía y por tanto se produce un desarreglo entre lo ingerido y lo gastado”

Obesidad Endógena o Secundaria

Dentro de las causas endógenas, es frecuente hablar de obesidad endocrina cuando está provocada por la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides como sucede con el hipotiroidismo etc., también al uso prolongado de corticoides como en el tratamiento para el asma. De acuerdo con Carmona (2007) “La obesidad endógena está provocada por problemas endocrinos o metabólicos y es menos frecuente, pues sólo entre un 5 y un 10% de los obesos lo son debido a estas causas. Este tipo de obesidad es debida a problemas como el hipotiroidismo,

el síndrome de Cushing, problemas con la insulina, la diabetes, el síndrome de ovario poliquístico o el hipogonadismo, entre otros”

Según la morfología del tejido adiposo

Obesidad hiperplasia

Los niños que mayoritariamente son obesos tienen la prevalencia de esta condición aún en adultos, esto se predispone por sus hábitos alimenticios desde el hogar dada por sus padres que eligen la comida o premian por los actos realizados como satisfacción para ellos, eligiendo las comidas rápidas como los anticuchos, pollo a las brasas, gaseosas, etc. Se redacta en el periódico La República (2013) “Obesidad generalmente infantil, en ella se produce un aumento del número de células adiposa (adipocitos), así como un aumento en el tamaño de dichas células. Un niño obeso predispone a un adulto más obeso. Se ha comprobado que 70% de obesos de 10 a 13 años siguen siéndolo cuando llegan a la edad adulta”

Obesidad hipertrófica

En esta obesidad hay un aumento del tamaño de los adipocitos por acumulo excesivo de grasa, lo que es diferente en la obesidad hiperplásica donde el número de adipocitos está aumentado, además que las células grasas se movilizan rápidamente por lo que resulta más fácil perder calorías. Saznar y Hernández (1999) “Es típica de los adultos, en la que aumentan de tamaño los depósitos de grasas dentro de los adipocitos, esta obesidad es más fácil de tratar que la otra obesidad de tipo hiperplásica ya que responde muy bien al tratamiento dietético”.

4.3.4. Causas de la obesidad.

Medicamentos

Algunos medicamentos como los anticonvulsivantes y los corticoides pueden producir por el uso prolongado, un aumento de peso acumulando más grasa en los tejidos, produciendo de esta forma obesidad por causa endógena. Según Valverde (2010) “Ciertos medicamentos tienen la propiedad de aumentar el peso corporal. Entre ellas se cuentan algunos corticosteroides, antidepresivos y anticonvulsivantes; estas medicinas disminuyen el metabolismo, la velocidad en la que el cuerpo quema calorías, produciendo aumento del apetito o hace que el cuerpo retenga más líquido, todo lo cual puede conducir a un aumento de peso”.

Nutrición

La obesidad por consumo excesivo de alimentos es la más frecuente de las causas, nuestro Perú está en vías de convertirse en un país con altas tasas de obesos, ya que la falta de una buena cultura nutricional el desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico, la incorporación de la mujer al trabajo y el sedentarismo en los niños, han producido un cambio en los hábitos de alimentación incorporando a la dieta comida poco saludable y refrescos o bebidas gaseosas de manera habitual y de preparaciones rápidas. Manifiesta Cando (2000) “El consumo de abundantes calorías sobre todo cuando esta, es en exceso para los requerimientos del cuerpo provoca que el balance calórico vaya acumulando más calorías y por cada 7500 calorías que nuestro cuerpo acumule se aumentara 1 kg de peso y esto conduce a un cuadro de sobrepeso que luego se convierte progresivamente en obesidad”

Neuroendoendocrinas

Las enfermedades como el hipotiroidismo y el síndrome de Cushing pueden producir obesidad de tipo endógeno causando un metabolismo de las grasas sea lento y por tanto no se pierdan calorías normalmente, el uso prolongado de corticoides puede ocasionar en aumento de las concentraciones del cortisol desencadenando obesidad. Según la OMS (2008) “En el hipotiroidismo no se produce suficiente hormona tiroidea. La falta de esta hace que el metabolismo de las grasas sea más lento y causa aumento de peso.

Sedentarismo

El sedentarismo se ha convertido en otro factor de riesgo para obesidad, cada día los avances tecnológicos están presentes esto se traduce a que las personas usen menos la actividad y fuerza física reduciendo así el desgaste energético entre ingesta y egreso de calorías. Según el diario Perú 21 (2013) “Entre las principales causas de la obesidad y está comprendido que el desgaste físico ocasionado por la actividad física es uno de los principales elementos del uso de la energía del cuerpo.

Genéticas

La genética tiene influencia sobre el peso de las personas, y de forma hereditaria de padres a hijos sobre todo si ellos presentan cierto grado de sobrepeso y obesidad. Según el MINSA (2007) “La causa genética juega una parte significativa

(25-30%) en la obesidad hay estudios realizados con gemelos idénticos que se criaron en hogares distintos se ha demostrado que los genes tienen mucha influencia en el peso de una persona. El sobrepeso y la obesidad tienden a ser hereditarios. Sus probabilidades de tener sobrepeso son mayores si uno de sus padres o ambos tienen sobrepeso u obesidad”

Entre las que tenemos como la presión alta, accidentes vasculares en el cerebro debida al bloqueo en el riesgo sanguíneo, problemas en la piel como estrías y crecimiento mayor del vello, gastritis, colitis, hemorroides, incontinencia urinaria, cálculos renales, cáncer de próstata, diabetes como consecuencia del trabajo en exceso del páncreas, artritis, depresión y baja autoestima, discriminación social”

4.3.5. Indicadores para Determinar Sobrepeso y Obesidad

Índice de Masa Corporal.

El IMC es un indicador para medir la proporción en peso y talla de una persona y determinar su estado normal o con alteraciones en sus medidas antropométricas. Detallan López y Galván (2010) “Es un indicador que estima para cada persona, a partir de su estatura y su peso el grado de obesidad. La comparación del valor del IMC de una persona con las tablas creadas por la OMS a partir de valores estadísticos permite conocer el rango de peso más saludable que puede tener una persona, también es llamado el índice de Quételet, se utiliza desde 1980 y es la piedra angular de nutricionistas y endocrinólogos”.

CLASIFICACIÓN DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN RELACION AL IMC	
Peso insuficiente	< 18,5
Normo peso:	18,5-24,9
Sobrepeso	25- 29,9
Obesidad tipo I	30-34,9
Obesidad tipo II:	35-39,9
Obesidad tipo III	mórbida): 40-49,9
Obesidad tipo IV	(extrema): >50

Tabla 1. Clasificación de sobrepeso.

La circunferencia de cintura es otro indicador para determinar obesidad central que tiene más riesgo de enfermedad cardiovascular. Según Galván (2008) “Otro indicador de riesgo cardiovascular es absoluta (>102 cm en hombres y >88 cm en

mujeres) o el índice cintura-cadera (>0,9 para hombres y >0,85 para mujeres)son usados como medidas de obesidad central. En la obesidad central se toman los criterios de la OMS utilizando los siguientes indicadores”.

Obesidad central		
Indicadores	Mujeres	Hombres
Circunferencia de Cintura	>88 cm	>102 cm
Índice Cintura/Cadera	> 0.85	>0.90

Tabla 2. Obesidad central

4.3.6. Tratamiento para la obesidad

Los tratamientos para la obesidad deben de ser personalizados y definir la causa de la obesidad sobre todo las que tiene origen secundario, para que el tratamiento pueda tener éxito a pesar de ello muchos en el mercado presume de diferentes alternativas tratando a las personas por igual sin determinar su verdadera causa. De acuerdo con Duran (2007) “El tratamiento de la obesidad es un tema complicado porque lo que funciona para un paciente puede no ser útil para genética, el peso y las enfermedades que la persona padece como factores relacionados con la obesidad, es fácil ver que el tratamiento debe adaptarse a cada individuo, y de ahí parte la dificultad en el tratamiento exitoso de la obesidad”

El tratamiento para la obesidad tiene tres grandes pilares:

a. Tratamiento dietético:

Los tratamientos dietéticos se indican generalmente para personas con grados de obesidad no muy altos disminuyendo el aporte calórico mediante las grasas y carbohidratos en poca cantidad dependiendo que tan obeso sea la persona a tratar. Según Vargas (2000) “Con dieta de bajas calorías. Dieta hipoglucida, hipocalórica hipograsa y generalmente está indicado por un especialista en nutrición y dietética para cuidar su salud”.

b. Tratamiento farmacológico:

El tratamiento farmacológico debe ajustarse a las recomendaciones médicas previa evaluación del estado general del apaciente ya que algunos crean dependencia o tienen efecto rebote además menciona que la piedra angular para el éxito en el tratamiento de la obesidad recae en el desgaste energético por el consumo es decir que solo el cuerpo debe ingerir lo que necesita sin OMS (excesos además se debe realizar actividad física que compense la perdida de calorías en ciertos alimentos que consumimos. Explica Caballero (2012) “Con medicamentos que reduzcan el apetito. El uso de anorexígenos (el único aceptado actualmente es la sibutramina ya que no genera dependencia), o inhibidores de la absorción intestinal (orlistat), algunos antidepresivos cuando sean necesarios (fluoxetina), y otros de acuerdo a enfermedad asociada”

c. Cambios en el estilo de vida:

Definitivamente los ejercicios en cualquiera de su naturaleza producen reducción del peso corporal sobre todo en personas con obesidad tipo manzana, ya que estas grasas en el abdomen se consumen más si aumentamos la actividad y evitamos el sedentarismo. Afirma la OMS (2010) “Cambios en los hábitos alimentarios y aumento de la actividad física con reducción del sedentarismo .El ejercicio requiere energía (calorías). Las calorías son almacenadas en la grasa corporal, los músculos más grandes en el organismo son los músculos de las piernas y naturalmente estos queman la mayoría de las calorías, lo cual hace que el caminar, correr y montar en bicicleta estén entre las formas más efectivas de ejercicio para reducir la grasa corporal. Los cambios alimentarios constituyen comer de acuerdo a la cantidad de energía que necesita cada persona de acuerdo a sus actividad física, trabajo, edad etc.”

4.3.7. Recomendaciones para prevenir la obesidad

Aprender cómo algunos alimentos pueden ser substituidos por otros de menor valor calórico y más saludable.

Labor educativa, por enseñar desde pequeños a los niños a conocer los alimentos que les pueden producir daño a corto, mediano y largo plazo.

Cambio gradual en los hábitos de alimentación, disminuir gradualmente el uso de grasas en la alimentación.

Realizar ejercicios o caminatas frecuentemente.

Evitar el sedentarismo al igual que en los niños.

Evitar el sedentarismo al igual que en los niños.

incrementa tu consumo de agua, recuerda que el 85% de nuestro cuerpo son líquidos.

Incrementa el consumo de frutas y verduras de forma diaria y frecuente.

No consumas pasteles o dulces en exceso solo hazlo esporádicamente.

4.4. Operacionalización de variables

Variables	Indicadores
<p>Variable independiente:</p> <p>Obesidad</p> <p>La obesidad se define como la acumulación excesiva de grasa en el organismo que repercute negativamente en la salud de las personas, esta enfermedad se desencadena debida a un desbalance energético entre la ingestión de origen exógeno que marca una ganancia de peso significativa que va desde un sobrepeso hasta grados mórbidos de obesidad repercutiendo de forma negativa sobre la salud del individuo.</p>	<p>Obesidad</p> <p>Actividad física limitada.</p> <p>Poca relación interpersonal.</p> <p>Bajo desempeño laboral.</p>
<p>Variable dependiente:</p> <p>Dislipidemias</p> <p>Son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre.</p>	<p>Dislipidemias</p> <p>Exámenes de laboratorio</p> <p>Fatiga muscular, mareos.</p> <p>Presión arterial elevada</p> <p>Valores elevados de lípidos en sangre</p>

5. Hipótesis

- Ho: No existe relación directa con el tipo de obesidad y las dislipidemias de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

- Ha: Existe relación directa con el tipo de obesidad y las dislipidemias de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general.

Determinar la relación entre la obesidad con las dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

6.2. Objetivo específico.

- Determinar el motivo de sobrepeso en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.
- Determinar la causa de dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

Determinar el riesgo que existe de padecer obesidad y dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

METODOLOGÍA

7.1 Tipo y diseño de la Investigación.

7.1.1. Tipo de investigación.

La presente investigación utilizara un diseño transversal – tipo correlacional.

Permitirá describir las relaciones existentes entre variables dependiente e independiente.

Afirma, además las relaciones entre las dos variables es decir cómo y de qué manera se dan estas relaciones. Proponen un sentido de entendimiento en donde se comprenda con facilidad la causa y el efecto.

7.1.2. Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación que se realizara en el presente trabajo de investigación será no experimental, Porque las mediciones de la exposición y de su efecto corresponden a un mismo momento, y la describen tal y como es además define la población de estudio, seleccionando una muestra y definiendo las características de interés.

7.1.3. Diseño de Causalidad.

Porque la variable independiente se relaciona con la variable dependiente produciendo una relación de la causa y el efecto.

7.1.4. Nivel de Investigación.

La presente investigación utilizara un diseño transversal – tipo correlacional. Permitirá describir las relaciones existentes entre variables dependiente e independiente.

Afirma, además las relaciones entre las dos variables es decir cómo y de qué manera se dan estas relaciones. Proponen un sentido de entendimiento en donde se comprenda con facilidad la causa y el efecto.

7.2. Población y Muestra

7.2.1. Población

La población de estudio en el presente trabajo de investigación lo conformaran 625 trabajadores del Hospital de Chancay en el 2018.

Criterios de inclusión:

Hombres y mujeres trabajadores del Hospital de Chancay

Hombres y mujeres con sobrepeso y obesidad.

Hombres y mujeres de todas las áreas de servicio del Hospital

Criterios de exclusión:

Hombres y mujeres que no pertenezcan al Hospital de Chancay.

Hombres y mujeres sin sobrepeso y obesidad.

7.2.2. Muestra

La muestra respecto a la población de estudio lo conforman 60 trabajadores del Hospital de Chancay en el 2018.

7.3. Técnicas e instrumentos de investigación.

7.3.1. Técnicas

La técnica a emplearse en el presente trabajo de tesis, es la encuesta para cada variable de estudio y la toma de muestra sanguínea.

7.3.2. Descripción de los instrumentos

Se realizara la toma de muestra de sangre a las trabajadoras del hospital de Chancay, tanto de Colesterol como Triglicéridos para poder determinar el grado de lípidos en sangre.

Luego se realizara una encuesta a los trabajadores, la cual corresponde en un cuestionario con preguntas sencillas, con una duración de 25 minutos por persona lo cual nos permitirá establecer la relación con el problema y determinar la relación que hay entre la obesidad y las dislipidemias en los trabajadores del hospital de chancay 2018.

7.4. Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento y análisis de la información de los datos obtenidos en las encuestas y toma de muestras realizadas a los pacientes del hospital de Chancay, se llevara a procesar en programas informáticos que nos ayudarán a realizar la información necesaria y precisa de los datos estadísticos aquí obtenidos.

RESULTADOS

8.1. Descripción de la muestra

Tabla 1
Características de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018

Característica	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Genero	Masculino	29	48,3%
	Femenino	31	51,7%
Edad	Entre 27 años a 34 años	7	11,7%
	Entre 35 años a 50 años	45	75,0%
	Más de 50 años	8	13,3%
Tiempo de servicio	Menor de un año	1	1,7%
	Entre un año a tres años	5	8,3%
	Entre 4 años a 6 años	8	13,3%
	Más de 6 años	46	76,7%

Tabla 3. Características de los trabajadores.

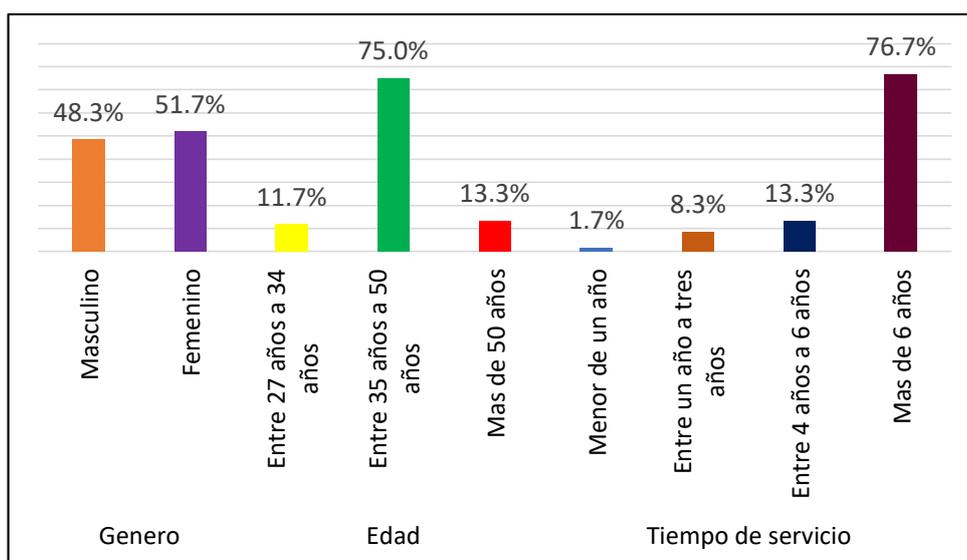


Figura 1. Características de los de los trabajadores.

8.2. Análisis estadístico de los hábitos alimenticios

Tabla 2
Hábitos alimentarios de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018

Ítem	Opciones	Frec.	Porc.
Numero de comidas que consume al día	Uno	0	0,0%
	Dos	0	0,0%
	Tres	31	51,7%

	Más de 3 veces	29	48,3%
Consumo de Carne	Menos de una vez por semana	0	0,0%
	Un día a la semana	0	0,0%
	Entre 2 a 6 días a la semana	4	6,7%
	Todos los días 1 a 2 veces al día	35	58,3%
	Todos los días más de dos veces	21	35,0%
Lugar de comida	Casi siempre en la casa o todos los días	22	36,7%
	Por lo general en la calle	24	40,0%
	Por lo general en los restaurantes	14	23,3%
Consumo de embutidos	Nunca	2	3,3%
	Menos de una vez por semana	9	15,0%
	Un día a la semana	22	36,7%
	Entre 2 a 6 días a la semana	27	45,0%
	Todos los días 1 a 2 veces al día	0	0,0%
	Todos los días más de dos veces	0	0,0%
Consumo de lácteos	Nunca	2	3,3%
	Menos de una vez por semana	6	10,0%
	Un día a la semana	20	33,3%
	Entre 2 a 6 días a la semana	29	48,3%
	Todos los días 1 a 2 veces al día	3	5,0%
	Todos los días más de dos veces	0	0,0%
Consumo de frutas	Nunca	0	0,0%
	Menos de una vez por semana	2	3,3%
	Un día a la semana	13	21,7%
	Entre 2 a 6 días a la semana	36	60,0%
	Todos los días 1 a 2 veces al día	9	15,0%
	Todos los días más de dos veces	0	0,0%
Consumo de Carbohidratos	Nunca	0	0,0%
	Menos de una vez por semana	0	0,0%
	Un día a la semana	0	0,0%
	Entre 2 a 6 días a la semana	1	1,7%
	Todos los días 1 a 2 veces al día	59	98,3%
	Todos los días más de dos veces	0	0,0%
Consumo de golosinas	Nunca	0	0,0%
	Menos de una vez por semana	1	1,7%
	Un día a la semana	6	10,0%
	Entre 2 a 6 días a la semana	34	56,7%
	Todos los días 1 a 2 veces al día	19	31,7%
	Todos los días más de dos veces	0	0,0%
Consumo de bebidas azucaradas	Nunca	0	0,0%
	Menos de una vez por semana	1	1,7%
	Un día a la semana	6	10,0%
	Entre 2 a 6 días a la semana	40	66,7%
	Todos los días 1 a 2 veces al día	13	21,7%
	Todos los días más de dos veces	0	0,0%
Consumo de juegos naturales con azúcar	Nunca	1	1,7%
	Menos de una vez por semana	13	21,7%
	Un día a la semana	29	48,3%
	Entre 2 a 6 días a la semana	17	28,3%
	Todos los días 1 a 2 veces al día	0	0,0%
	Todos los días más de dos veces	0	0,0%

Tabla 4. Hábitos alimentarios de los trabajadores.

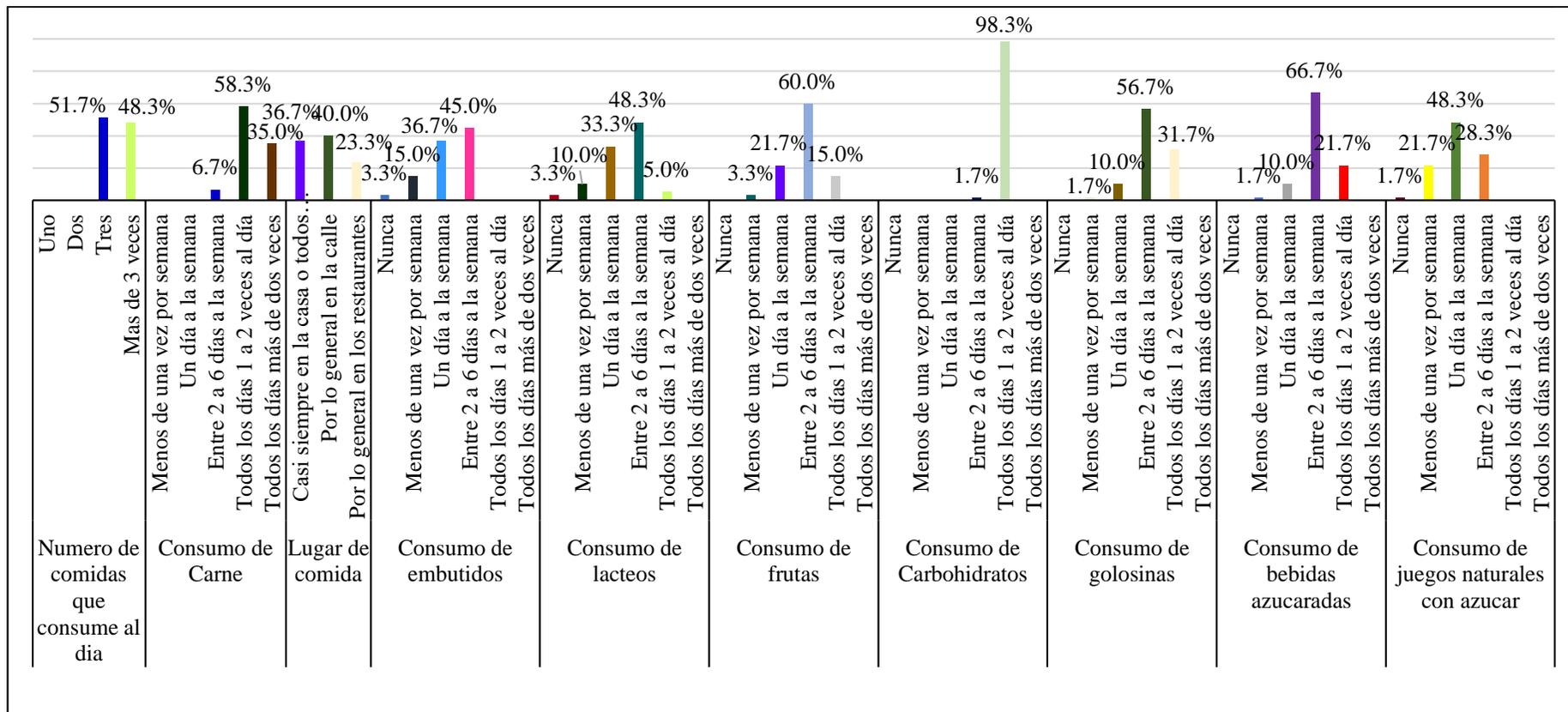


Figura 2. Hábitos alimentarios de los trabajadores .

8.3. Análisis estadístico de los hábitos actividad física

Tabla 3
Hábitos de Actividad Física de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018

Item	Opciones	Frec.	Porc.
Realiza actividad física	No	30	50,0%
	Si	30	50,0%
Frecuencia de actividad física	Ninguno	29	48,3%
	Alrededor de una o dos horas por semana	16	26,7%
	Alrededor de 3 a 4 horas a la semana	13	21,7%
	5 horas a la semana o mas	2	3,3%
Horas al día viendo televisión	Ninguno	1	1,7%
	Alrededor de 1 a 2 horas al día	19	31,7%
	Alrededor de 3 a 4 horas al día	36	60,0%
	5 horas al día	4	6,7%
Consumo de tabaco	No	20	33,3%
	Si	40	66,7%
Consumo de alcohol	Ninguno	8	13,3%
	Alrededor de 1 a 2 veces al mes	19	31,7%
	Alrededor de 3 a 5 veces al mes	13	21,7%
	Más de 5 veces al mes	20	33,3%

Tabla 5. Hábitos de Actividad Física de los trabajadores.

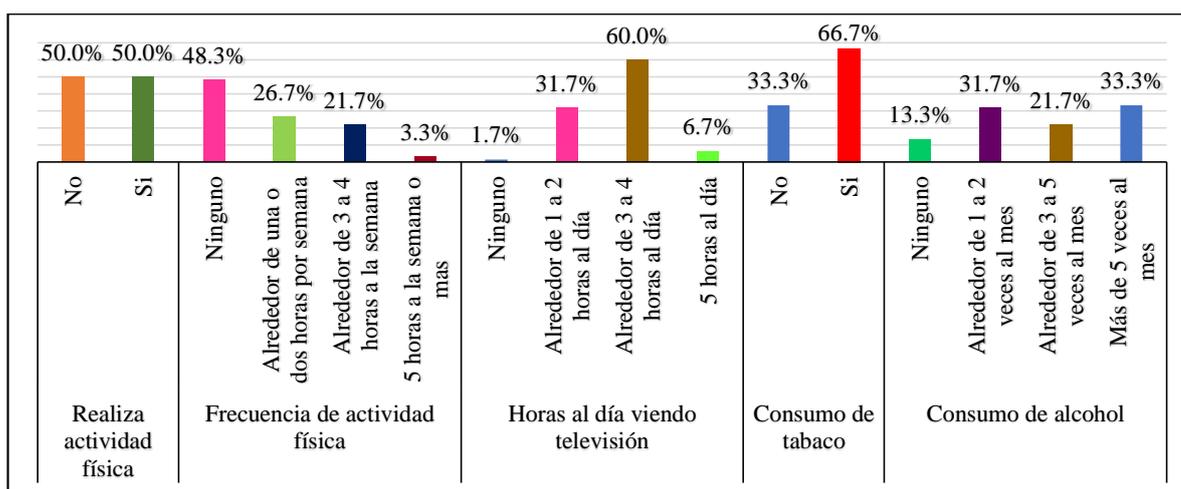


Figura 3. Hábitos de Actividad Física de los trabajadores.

Tabla 5
Tipo de Obesidad de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Sobrepeso	36	60,0

8.4. Análisis estadístico de los antecedentes y clasificación de obesidad

Tabla 4
Antecedentes de obesidad de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018

Ítems	Opciones	Frec.	Porc.
Ha tenido sobrepeso anteriormente	No	29	48,3%
	Si	31	51,7%
Edad de inicio de sobrepeso	Menos de 18 años	5	8,3%
	Entre 18 a 25 años	19	31,7%
	Entre 26 a 35 años	30	50,0%
	Más de 35 años	6	10,0%
Existe otra persona con sobrepeso en la familia	Mama o Papa	23	38,3%
	Hermano (a)	30	50,0%
	Tío materno o paterno	6	10,0%
	Primo materno o paterno	1	1,7%

Tabla 6. Antecedentes de obesidad de los trabajadores.

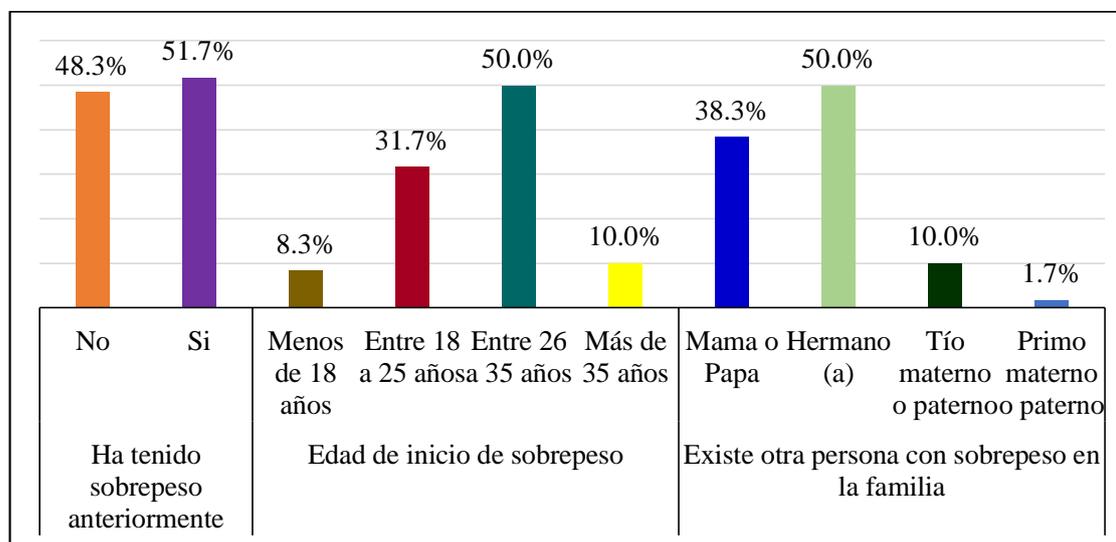


Figura 4. Antecedentes de obesidad de los trabajadores.

Grado I	21	35,0
Grado II	2	3,3
Grado III	1	1,7
Total	60	100,0

Tabla 7. Tipo de obesidad de los trabajadores.

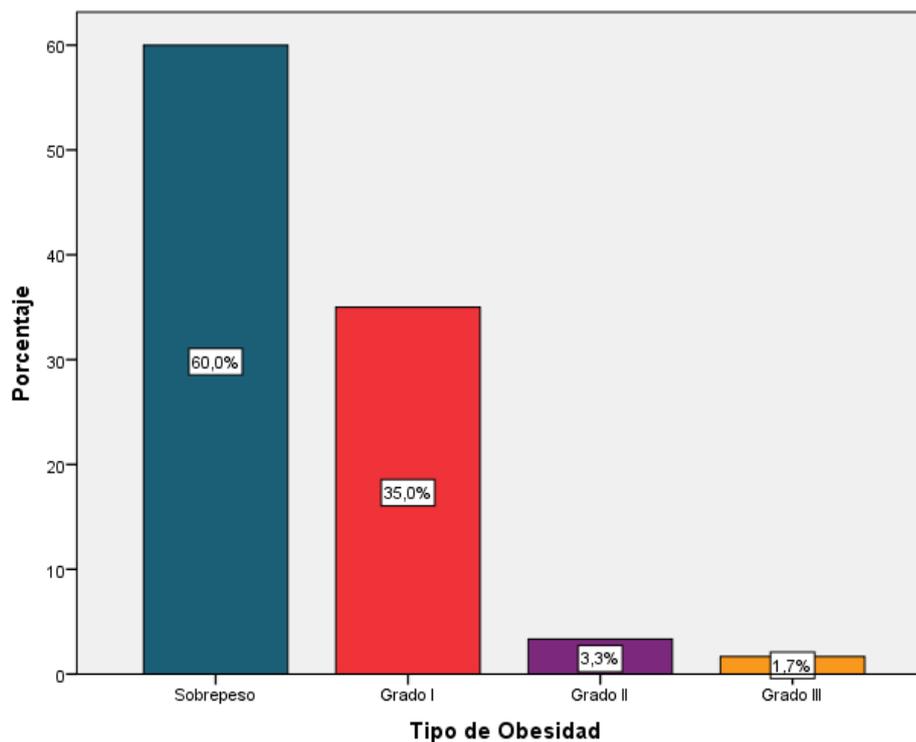


Figura 5. Tipo de Obesidad de los trabajadores.

8.5. Prevalencia de Dislipidemias

Tabla 6

Dislipidemias de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	26	43,3
	Si	34	56,7
	Total	60	100,0

Tabla 8. Dislipidemias de los trabajadores.

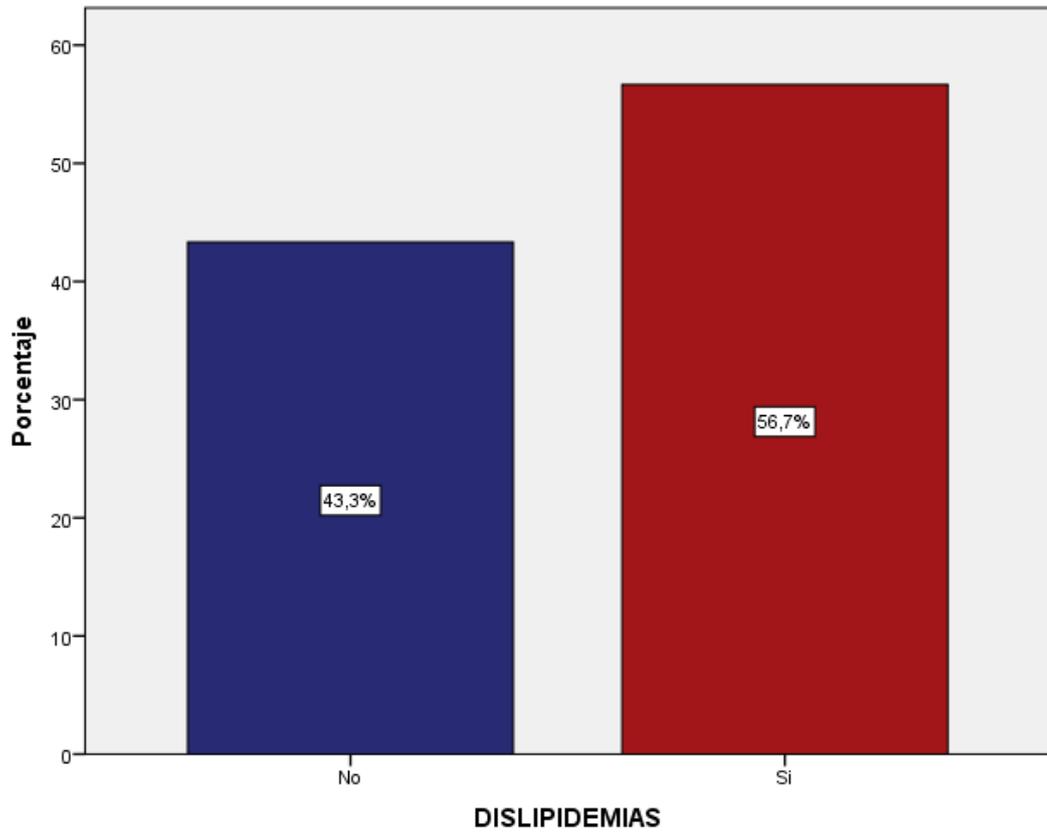


Figura 6. Dislipidemias de los trabajadores.

8.6. Comprobación de Hipótesis

Hipótesis Específica 1

Ho: No existe influencia entre los hábitos alimenticios y la actividad física en la prevalencia de obesidad de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

Ha: Existe influencia entre los hábitos alimenticios y la actividad física en la prevalencia de obesidad de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

Tabla 7

Distribución de los trabajadores del Hospital de Chancay según sus hábitos alimenticios y tipo de obesidad, 2018

Item	Opciones	Tipo de Obesidad								x ²	p
		Sobrepeso		Grado I		Grado II		Grado III			
		Frec	Porc.	Frec	Porc.	Frec	Porc	Frec	Porc		
Numero de comida que consume al día	Tres	20	33,3%	9	15,0%	2	3,3%	0	0,0%	0,283	0,174
	Más de 3 veces	16	26,7%	12	20,0%	0	0,0%	1	1,7%		
	Consumo de carne	Entre 2 a 6 días a la semana	3	5,0%	1	1,7%	0	0,0%	0		
	Todos los días 1 a 2 veces al día	21	35,0%	11	18,3%	2	3,3%	1	1,7%	0,187	0,76
	Todos los días más de dos veces	12	20,0%	9	15,0%	0	0,0%	0	0,0%		
Lugar de comida	Casi siempre en la casa o todos los días	13	21,7%	7	11,7%	1	1,7%	1	1,7%		
	Por lo general en la calle	14	23,3%	10	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	0,7	0,578
	Por lo general en los restaurantes	9	15,0%	4	6,7%	1	1,7%	0	0,0%		

Consumo de embutidos	Nunca	1	1,7%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0,827	0,761
	Menos de una vez por semana	5	8,3%	3	5,0%	1	1,7%	0	0,0%		
	Un día a la semana	15	25,0%	6	10,0%	1	1,7%	0	0,0%		
	Entre 2 a 6 días a la semana	15	25,0%	11	18,3%	0	0,0%	1	1,7%		
Consumo de lácteos	Nunca	1	1,7%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0,913	0,779
	Menos de una vez por semana	4	6,7%	2	3,3%	0	0,0%	0	0,0%		
	Un día a la semana	11	18,3%	9	15,0%	0	0,0%	0	0,0%		
	Entre 2 a 6 días a la semana	17	28,3%	9	15,0%	2	3,3%	1	1,7%		
	Todos los días 1 a 2 veces al día	3	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		
Consumo de frutas	Menos de una vez por semana	2	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,324	0,309
	Un día a la semana	10	16,7%	2	3,3%	0	0,0%	1	1,7%		
	Entre 2 a 6 días a la semana	19	31,7%	16	26,7%	1	1,7%	0	0,0%		
	Todos los días 1 a 2 veces al día	5	8,3%	3	5,0%	1	1,7%	0	0,0%		
Consumo de carbohidratos	Menos de una vez por semana	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1,889	0,596

	Entre 2 a 6 días a la semana	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%		
	Todos los días 1 a 2 veces al día	36	60,0%	20	33,3%	2	3,3%	1	1,7%		
Consumo de golosinas	Menos de una vez por semana	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%		
	Un día a la semana	2	3,3%	2	3,3%	1	1,7%	1	1,7%		
	Entre 2 a 6 días a la semana	22	36,7%	12	20,0%	0	0,0%	0	0,0%		
	Todos los días 1 a 2 veces al día	12	20,0%	6	10,0%	1	1,7%	0	0,0%	16,323	0,06
Consumo de bebidas azucaradas	Menos de una vez por semana	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		
	Un día a la semana	3	5,0%	3	5,0%	0	0,0%	0	0,0%		
	Entre 2 a 6 días a la semana	26	43,3%	12	20,0%	1	1,7%	1	1,7%	3,99	0,912
	Todos los días 1 a 2 veces al día	6	10,0%	6	10,0%	1	1,7%	0	0,0%		
Consumo de jugos naturales con azúcar	Nunca	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		
	Menos de una vez por semana	7	11,7%	6	10,0%	0	0,0%	0	0,0%		
	Un día a la semana	20	33,3%	8	13,3%	0	0,0%	1	1,7%		
	Entre 2 a 6 días a la semana	8	13,3%	7	11,7%	2	3,3%	0	0,0%	3,792	0,457

Tabla 9. Distribución de los trabajadores.

Tabla 8

Distribución de los trabajadores del Hospital de Chancay según su Actividad Física y tipo de obesidad, 2018

Item	Opciones	Tipo de Obesidad								x ²	p
		Sobrepeso		Grado I		Grado II		Grado III			
		Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.		
Realiza actividad física	No	20	33,3%	9	15,0%	0	0,0%	1	1,7%	3,873	0,276
	Si	16	26,7%	12	20,0%	2	3,3%	0	0,0%		
Frecuencia de actividad física	Ninguno	15	25,0%	12	20,0%	2	3,3%	0	0,0%	6,63	6,76
	Alrededor de una o dos horas por semana	11	18,3%	4	6,7%	0	0,0%	1	1,7%		
	Alrededor de 3 a 4 horas a la semana	9	15,0%	4	6,7%	0	0,0%	0	0,0%		
	5 horas a la semana o mas	1	1,7%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%		
Horas del día viendo tv	Ninguno	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4,94	0,839
	Alrededor de 1 a 2 horas al día	14	23,3%	5	8,3%	0	0,0%	0	0,0%		
	Alrededor de 3 a 4 horas al día	18	30,0%	15	25,0%	2	3,3%	1	1,7%		
	5 horas al día	3	5,0%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%		
Consumo de tabaco	No	17	28,3%	3	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	8,054	0,45
	Si	19	31,7%	18	30,0%	2	3,3%	1	1,7%		
Consumo de alcohol	Ninguno	4	6,7%	3	5,0%	1	1,7%	0	0,0%	7,515	0,584
	Alrededor	11	18,3%	6	10,0%	1	1,7%	1	1,7%		

or de 1 a 2 veces al mes		%	%	%			
Alrededor de 3 a 5 veces al mes	10	16,7%	3 5,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	
Más de 5 veces al mes	11	18,3%	9 15,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	

Tabla 10. Distribución de los trabajadores.

Hipótesis Específica 2

Ho: No existe influencia entre los hábitos alimenticios y la actividad física en la dislipidemias de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

Ha: Existe influencia entre los hábitos alimenticios y la actividad física en la dislipidemias de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

Tabla 9

Distribución de los trabajadores del Hospital de Chancay según sus hábitos alimenticios y prevalencia de dislipidemia, 2018

Items	Opciones	DISLIPIDEMIAS				x^2	p
		Frec	Porc	Frec	Porc		
Número de comida que consume al día	Tres	11	18,3%	20	33,3%	1,609	0,205
	Más de 3 veces	15	25,0%	14	23,3%		
Consumo de carne	Entre 2 a 6 días a la semana	3	5,0%	1	1,7%	3,5	0,174
	Todos los días 1 a 2 veces al día	12	20,0%	23	38,3%		
	Todos los días más de dos veces	11	18,3%	10	16,7%		
Lugar de comida	Casi siempre en la casa o todos los días	9	15,0%	13	21,7%	1,472	0,479
	Por lo general en la calle	9	15,0%	15	25,0%		
	Por lo general en los restaurantes	8	13,3%	6	10,0%		

Consumo embutidos	de	Nunca	1	1,7%	1	1,7%		
		Menos de una vez por semana	2	3,3%	7	11,7%		
		Un día a la semana	11	18,3%	11	18,3%		
		Entre 2 a 6 días a la semana	12	20,0%	15	25,0%	2,081	0,556
Consumo lácteos	de	Nunca	2	3,3%	0	0,0%		
		Menos de una vez por semana	3	5,0%	3	5,0%		
		Un día a la semana	11	18,3%	9	15,0%		
		Entre 2 a 6 días a la semana	8	13,3%	21	35,0%		
		Todos los días 1 a 2 veces al día	2	3,3%	1	1,7%		
		Todos los días más de dos veces	0	0,0%	0	0,0%	7,426	0,115
Consumo frutas	de	Menos de una vez por semana	2	3,3%	0	0,0%		
		Un día a la semana	8	13,3%	5	8,3%		
		Entre 2 a 6 días a la semana	13	21,7%	23	38,3%		
		Todos los días 1 a 2 veces al día	3	5,0%	6	10,0%	5,501	0,139
Consumo carbohidratos	de	Entre 2 a 6 días a la semana	0	0,0%	1	1,7%		
		Todos los días 1 a 2 veces al día	26	43,3%	33	55,0%		
		Todos los días más de dos veces	0	0,0%	0	0,0%	0,778	0,378
Consumo golosinas	de	Menos de una vez por semana	1	1,7%	0	0,0%		
		Un día a la semana	1	1,7%	5	8,3%		
		Entre 2 a 6 días a la semana	15	25,0%	19	31,7%		
		Todos los días 1 a 2 veces al día	9	15,0%	10	16,7%	3,18	0,365
Consumo bebidas	de	Menos de una vez por semana	1	1,7%	0	0,0%		
		Un día a la semana	2	3,3%	4	6,7%	4,448	0,217

	semana						
	Entre 2 a 6 días a la semana	20	33,3%	20	33,3%		
	Todos los días 1 a 2 veces al día	3	5,0%	10	16,7%		
	Todos los días más de dos veces	0	0,0%	0	0,0%		
Consumo de bebidas azucaradas	Nunca	1	1,7%	0	0,0%		
	Menos de una vez por semana	7	11,7%	6	10,0%		
	Un día a la semana	12	20,0%	17	28,3%		
	Entre 2 a 6 días a la semana	6	10,0%	11	18,3%	2,385	0,496

Tabla 11. Distribución de los trabajadores.

Tabla 10

Distribución de los trabajadores del Hospital de Chancay según su Actividad Física y prevalencia de dislipidemia, 2018

Items	Opciones	DISLIPIDEMIAS				x ²	p
		Frec.	Porc.	Frec.	Porc.		
Realiza actividad física	No	13	21,7%	17	28,3%	0,000	1
	Si	13	21,7%	17	28,3%		
Con que frecuencia realiza la actividad física	Ninguno	13	21,7%	16	26,7%	0,326	0,955
	Alrededor de una o dos horas por semana	6	10,0%	10	16,7%		
	Alrededor de 3 a 4 horas a la semana	6	10,0%	7	11,7%		
	5 horas a la semana o mas	1	1,7%	1	1,7%		
Cuántas horas al día ve televisión	Ninguno	0	0,0%	1	1,7%	4,386	0,223
	Alrededor de 1 a 2 horas al día	5	8,3%	14	23,3%		
	Alrededor de 3 a 4 horas al día	19	31,7%	17	28,3%		
	5 horas al día	2	3,3%	2	3,3%		
Fuma	No	10	16,7%	10	16,7%	0,543	0,461

	Si	16	26,7%	24	40,0%		
Con frecuencia consume licor	que Ninguno	2	3,3%	6	10,0%		
	Alrededor de 1 a 2 veces al mes	8	13,3%	11	18,3%		
	Alrededor de 3 a 5 veces al mes	5	8,3%	8	13,3%		
	Más de 5 veces al mes	11	18,3%	9	15,0%		
						2,341	0,505

Tabla 12. Distribución de los trabajadores.

Hipótesis General

Ho: No existe relación directa con el tipo de obesidad y las dislipidemias de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

Ha: Existe relación directa con el tipo de obesidad y las dislipidemias de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

Tabla 11

Tipo de Obesidad y prevalencia de dislipidemia de los trabajadores del Hospital de Chancay, 2018

Tipo de Obesidad		Dislipidemias		Total
		No	Si	
Sobrepeso	Recuento	21	15	36
	% del total	35,0%	25,0%	60,0%
Grado I	Recuento	5	16	21
	% del total	8,3%	26,7%	35,0%
Grado II	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	3,3%	3,3%
Grado III	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,7%	1,7%
Total	Recuento	26	34	60
	% del total	43,3%	56,7%	100,0%

Tabla 13. Tipo de Obesidad y prevalencia de dislipidemia de los trabajadores.

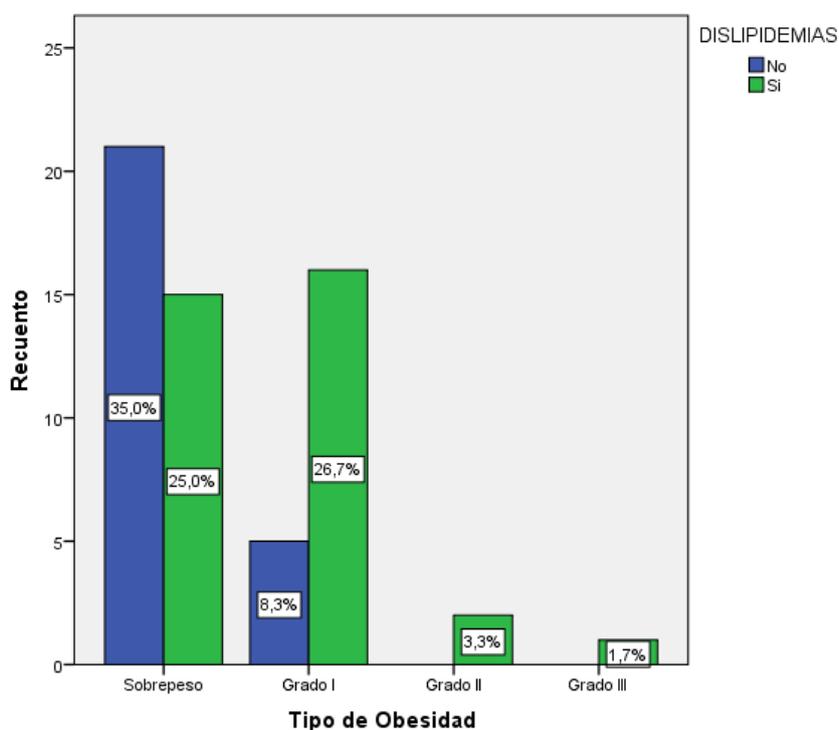


Figura 7. Tipo de Obesidad y prevalencia de dislipidemia de los trabajadores.

Tabla 12

Pruebas de chi-cuadrado entre la Obesidad y dislipidemia de los trabajadores del Hospital de Chancay, 2018

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,853 ^a	3	,031
Razón de verosimilitud	10,153	3	,017
Asociación lineal por lineal	8,173	1	,004
N de casos válidos	60		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,43.

Tabla 14. Pruebas de chi cuadrado entre la obesidad y dislipidemia

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se observa en la tabla 1 que en la caracterización de la muestra en estudio evidencio que el 48,3% son del género masculino y el 51,7% es del género femenino. En referencia a la edad el grupo más prevalente representado por el 75% está entre los 35 años hasta los 50 años. En el análisis del tiempo del servicio el 76,7% tiene más de 6 años laborando, seguidamente el 13,3% tiene un tiempo de servicio entre 4 años a 6 años, en cuanto al 8,3% menciono que labora entre un año a tres años y solo un 1,7% menciono que labora menos de un año.

Se observa en la tabla 2 que el 51,7% de los casos reportó 3 ingestas de alimentos al día, es decir casi cerca a la mitad de la muestra posee hábitos adecuados pues ingiere 3 comidas al día.

En lo que hace referencia a los consumos de carne un alto porcentaje es decir un 58,3% posee un consumo (todos los días más de 2 veces al día), en los demás casos el consumo posee un nivel medio o alto.

Asimismo, se observa que el 45,0% de los casos consumen embutidos, de manera frecuente, es decir de 2 a 6 días por semana lo que resulta ser inadecuado; en cuanto a los lácteos son consumidos por el 48,3% entre 2 a 6 días por semana y en esa misma frecuencia el 60% consume frutas, es decir, 2 a 6 veces por semana.

También podemos observar que en el consumo de carbohidratos también fue elevado, el 98,3% refirió consumirlos todos los días 1 a 2 veces al día; por otro lado, las golosinas en el 56,7% de los casos consumen entre 2 a 6 días a la semana, las bebidas azucaradas en el 66,7% lo consumen entre 2 a 6 días a la semana, es decir no se limitan su ingesta. En el caso del 48,3% consume jugo de frutas naturales un día a la semana, siendo una mala práctica.

Se observa en la tabla 3 que la frecuencia de actividad física fue del 50,0% mientras que el otro 50% de la muestra no realiza ningún tipo de actividad física; en el 26,7% de los casos realizan ejercicio alrededor de una o dos horas por semana, el 60% se hallaba expuesto a la televisión entre 3 a 4 horas al día, en el caso del 66,7%

consume tabaco y el caso del 33,3% menciona que más de 5 veces al mes consume alcohol.

Se observa en la tabla 4 que entre los antecedentes predominantes de la obesidad encontrada en la muestra el 51,7% menciona que ha tenido sobrepeso anteriormente, en el caso del 50% su edad de inicio de sobrepeso fue entre 26 años a 35 años. Asimismo, el 50% manifestó que el familiar que padece de sobrepeso es el hermano

Se observa en la tabla 5 que en la clasificación de obesidad el 60% de los encuestados tiene sobrepeso, en el caso del 35% tiene grado I, en el caso del 3,3% tiene grado II y en el caso del 1,7% esta con grado III

Se observa en la tabla 6 que el 43,3% de los encuestados no tiene dislipidemias y en el caso del 56,7% se encontró con dislipidemias

Se observa en la tabla 7 que se determinó que mayor prevalencia de obesidad fueron en las personas que sufren sobrepeso sobre todo en los que consumen 3 comidas al día representados por el 33%, asimismo en los encuestados que consumen carne de manera frecuente de 1 a 2 veces al día la frecuencia de sobrepeso representados por el 35,0%; al igual que los encuestados que comen en la calle siendo el 23,3%, en el caso de la muestra que consume embutidos entre un día a la semana y entre 2 a 6 días a la semana el sobrepeso fue representado por el 50%. También se observó que el sobrepeso se presentó con una frecuencia predominante en el 28,3% que consumía lácteos entre 2 a 6 días a la semana, en el caso del 31,7% que consumía frutas entre 2 a 6 días a la semana, en el caso del 60% que consumen carbohidratos todos los días de una a dos veces por semana, en el caso del 36,7% que consumen golosinas entre 2 a 6 días a la semana, en el caso del 43,3% que consumía bebidas azucaradas con una frecuencia entre 2 a 6 días a la semana. Finalmente, en el caso del 33,3% que presentan sobrepeso consumen jugos naturales un día a la semana.

Se observa en la tabla 8 la prevalencia de sobrepeso fue mayor en la muestra representadas por el 33,3% que menciona que practica deporte, en el caso del 25% no practica ningún deporte, en el caso del 30% menciona que Alrededor de 3 a 4 horas al día pasa viendo horas en el televisor. En el caso del 31,7% que padecen

sobrepeso fuman y en el caso del 18,3% mencionaron que Más de 5 veces al mes consumen alcohol.

Sin embargo, a pesar de encontrar evidencias de altos índices de descuido en los hábitos alimenticios, de la tabla 7 y 8 podemos observar que en ninguno de los casos presenta relación ya que presentan $p > 0,05$. Por lo tanto, no existe influencia entre los hábitos alimenticios y la actividad física en la prevalencia de obesidad de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018

Se observa en la tabla 9 que se determinó que mayor prevalencia de dislipidemias fueron en las personas que lo padecen en los que consumen 3 comidas al día representados por el 33,3%, asimismo en los encuestados que consumen carne de manera frecuente de 1 a 2 veces al día la frecuencia de sobrepeso representados por el 38,3%; al igual que los encuestados que comen en la calle siendo el 25,0%, en el caso de la muestra que consume embutidos entre un día a la semana y entre 2 a 6 días a la semana el sobrepeso fue representado por el 25%. También se observó que presencia de dislipidemia con una frecuencia predominante en el 25,0% que consumía lácteos entre 2 a 6 días a la semana, en el caso del 38,3% que consumía frutas entre 2 a 6 días a la semana, en el caso del 55,0% que consumen carbohidratos todos los días de una a dos veces por semana, en el caso del 31,7% que consumen golosinas entre 2 a 6 días a la semana, en el caso del 33,3% que consumía bebidas azucaradas con una frecuencia entre 2 a 6 días a la semana. Finalmente, en el caso del 28,3% que presentan dislipidemia consumen jugos naturales un día a la semana.

Se observa en la tabla 10 la prevalencia de dislipidemia fue equitativa en la muestra representadas por el 50% que menciono que practica deporte y el otro 50% que menciono que no practicaba ningún deporte, en el caso de los que padecían dislipidemias predomino el 25% no practica ningún deporte, en el caso de los que ven televisión alrededor de 3 a 4 horas al día predomino los que no padecen de dislipidemias representados por el 31,7%. En el caso del 31,7% que padecen dislipidemia fuman y en el caso del 18,3% mencionaron que más de 5 veces al mes consumen alcohol

Sin embargo, a pesar de encontrar evidencias de altos índices de descuido en los hábitos de actividad física, de la tabla 9 y 10 podemos observar que en ninguno de los casos presenta relación ya que presentan $p > 0,05$. Por lo tanto, no existe influencia entre los hábitos alimenticios y la actividad física en la dislipidemias de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

Se observa en la tabla 11 que en el caso que no padecen dislipidemias se evidencio mayor prevalencia de sobrepeso en el 35 % y en el caso de los que padecen dislipidemia se evidencio obesidad tipo I representados por el 26,7%. Asimismo en la tabla 12 muestra un nivel de significancia $p = 0,031 < 0,05$ en la cual concluimos que existe relación directa con el tipo de obesidad y las dislipidemias de los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Del presente trabajo de investigación realizado a 60 trabajadores del hospital de Chancay podemos concluir que el sobrepeso y la obesidad es una enfermedad que lamentablemente ha ido avanzando de forma progresiva, y que se puede presentar acompañada en mucho de los casos de dislipidemias, debido al excesivo consumo de lípidos y carbohidratos.

Los exámenes de laboratorio nos indican que el 56,7 % de los pacientes con sobrepeso y obesidad presentan los lípidos elevados, y las encuestas nos dicen que el aumento en el consumo de comidas ricas en lípidos y carbohidratos tanto como la poca y a veces nula actividad física ayudan a incrementar la masa corporal de manera considerable, teniendo en cuenta esto es necesario decir entonces que existe influencia entre los hábitos alimenticios y la actividad física en la prevalencia de obesidad y dislipidemias de los trabajadores del Hospital de Chancay.

De la misma manera es muy importante mencionar que el porcentaje de dislipidemias aumentan con el mayor grado de obesidad, es por eso que debemos concluir que Existe relación directa con el tipo de obesidad y las dislipidemias de los trabajadores del Hospital de Chancay.

Podemos decir entonces que tanto en nuestros antecedentes y los estudios realizados encontramos que la obesidad está relacionada de manera directa con las dislipidemias, la cual también se relaciona con diversas patologías llámese coronarias y diabetes metabólica por citar algunas.

Recomendaciones

Teniendo conocimiento que las comidas ricas en carbohidratos y lípidos constituyen la causa principal de sobrepeso y obesidad en las personas, se recomienda consumir alimentos saludables que contengan fibras y proteínas, los lípidos y carbohidratos que también forman parte importante de nuestra dieta diaria debe ser consumida de manera adecuada.

Es muy importante también los controles periódicos de lípidos en sangre, mas a un si se sufre de sobrepeso u obesidad, teniendo en cuenta que estos metabolitos desencadenan otras patologías más complejas como por ejemplo la diabetes metabólica y los problemas coronarios.

Gracias al estudio realizado, se podría deducir entonces que la falta de ejercicios y la nula actividad física tanto como un exagerado consumo de carbohidratos y lípidos nos conlleva de manera más precoz al aumento de masa corporal lo cual nos desencadenaría padecer de sobrepeso y más adelante en algún tipo de obesidad, es por ello que se sugiere la práctica de ejercicios como algún deporte o caminatas de 15 minutos diarios, también es muy importante si se encuentra en sobrepeso la visita a un profesional en la salud para que nos oriente de manera adecuada con respecto a nuestro consumo correcto de nuestra dieta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Trabajos citados

- Aldo Zarate, M. C., Alberto Maiz, G. R., Inés Pino, M., Valdivia, G., Moreno, M., & Villarroel, L. (2009). Artículos de investigación: Influencia de la obesidad en los costos en salud y en el ausentismo laboral de causa médica en una cohorte de trabajadores. *Rev Méd Chile* , 137: 337-344.
- Alonso Moreno, Francisco Javier. Factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes de una zona rural. [Tesis doctoral].Madrid: Universidad complutense de Madrid; 2001.
- autores, S. y. (2011). <http://docplayer.es>. Obtenido de <http://docplayer.es/53280283-Sobrepeso-y-obesidad-guia-practica-de-actuacion-desde-la-farmacia-comunitaria.html>
- Baltazar Torrejón, Aniceto. Obesidad y Cirugía. Como dejar de ser Obeso. Madrid: Aran S.A; 2000.
- Bray Galindo. Bouchard, James. Definiciones y clasificación de la obesidad. Libro de obesidad.NewYork: marceldekker; 2008.p 31-40
- Cairo F, José. Efectos del consumo en la dieta de personas con altos contenidos de carbohidratos. [trabajo de Tesis para optar el Título de Licenciada en nutrición]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote;2007
- Carmona Blanco, Vanessa .La Obesidad como problema de salud pública y su representación en el periódico El Tiempo (2007 al 2009). [Trabajo para optar el título de comunicadora social con énfasis en periodismo].Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana 2009.
- Casado Cornejo, T., Campos Leon, M., & Moron Florián, S. V. (1996). Perfil lipídico en mayores de 65 años. Prevalencia de hipercolesterolemia y factores de riesgo cardiovascular. *Revista Medica Herediana*, 7: 125-31.
- Caycho MV.Consejos para una vida saludable. Complicaciones que trae la obesidad en la salud de las personas. *Mi Salud*.2013;(90):16

- Charles F. Carey, Hans H. Lee, Keith. Alteraciones de los lípidos. Manual Washington de Terapéutica Médica. USA. Masson; 1999.p.502-510.
- Cueva Figueroa, A. M. (2015). *Tesis previa a la obtención del título de médico general "diagnóstico de sobrepeso, obesidad y dislipidemias en personal administrativo y de salud del subcentro de salud del área no. 3 de la ciudad de Loja"*. Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Conferencia internacional: Nutrición y obesidad. Lima- Perú; 9 mayo 2012. Centro de convenciones del colegio médico del Perú; 2012.
- Delgado A, Loayza G, Gallegos .Constructores básicos para la investigación científica. Lima: Perú; 2010.pp167-178
- Duran Ramírez, Felipe. Moncada Durango, Esleider. Obesidad - Adiposis. Manual curativo con frutas y plantas medicinales. Colombia: Grupo latino Ltda.; 2007.p.605
- Ed.), B. M. (16 de diciembre de 2015). Obtenido de <https://vdocuments.site/documents/bioquimica-metabolica-conceptos-y-tests-2a-ed.html>
- Escobar, A. G. (s.f.). <https://issuu.com>. Obtenido de https://issuu.com/facom/docs/2013034_castro_escobar_alma_gabriel
- Fanghänel-Salmón, G., Sánchez-Reyes, L., Arellano-Montaña, S., Valdés-Liaz, E., Chavira-López, J., & Rascón-Pacheco, R. A. (1997). Artículo de investigación: " Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en trabajadores del Hospital General de México". *Instituto de Salud Pública de México*, Vol. 39, Núm. 5.
- Ferreira Gonzales Lucía. Clasificación del sobrepeso y obesidad. Grupo colaborativo de la SEEDO.Barcelona: 2007; 128(5) p 184-196.
- Flores Valdez, N. A. (2002). *Tesis para optar el grado de especialista en Medicina Interna "Implicancias del sobre peso y la obesidad en la salud de pacientes del Programa de Obesidad del Servicio de Endocrinología del HAL 2000-2001"*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Fragoso Muñoz, A. G. (2013). *Tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar: "Sobrepeso, obesidad y funcionalidad familiar en trabajadores de la umf 75"*. Toluca: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Garrow. Tratamiento de la obesidad. Manual clínica. Londres: London; 2009.p 20.21
- Gómez Avellaneda, G., & Tarqui Mamani, C. (2017). Artículo de investigación: " Prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de salud del nivel primario". *Duazary* , 14 (2).
- Guevara Effio, Carlos Alfonso. Desarrollo puberal, Índice de masas corporal y talla final en niñas obesas atendidas en el Instituto de Salud del Niño. [Tesis para optar el título de especialista en Pediatría].Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2002.
- Huerta Morfín, L. (2004). *Tesis posgrado: Frecuencia, factores de riesgo y grado de obesidad en trabajadores de la salud en el hgz y mfl delegación colima"*. Colima, México: Universidad de Colima, Programa: Especialidad en Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Generación 2001 - 2004.
- Llanos Zavalaga, F., Nájjar Trujillo, N. E., Mayca Pérez, J., & Rosas Aguirre, Á. (2001). Artículo de investigación "Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - 1998". *Revista Medica Herediana. Vol 12. Num. 3* , 78-84.
- Loján Celi, K. S. (2016). *Tesis - Nutriología: "Estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Personal del hospital de los valles, 2014-2015"*. Quito: QUITO / UIDE / 2016.
- Pozo Larcos, C. F. (2016). *Trabajo de fin de Carrera previo a la obtención del Título de Licenciado en Laboratorio Clínico e Histotecnológico "Frecuencia de dislipidemia en trabajadores de la industria de la ciudad de Quito noviembre 2015-enero 2016"*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Purificación Salgado, P. (17 de octubre de 2016). <https://www.personasque.es>.
Obtenido de <https://www.personasque.es/obesidad/salud/diagnostico/dislipidemia-3993>

- Ríos Mino, M. A., & Huamán Saavedra, J. (2013). Prevalencia de sobrepeso y obesidad según edad y género en adultos de Trujillo - Perú. *Revista Médica de Trujillo*. Vol. 9, Núm. 1 (2013), 169: 1 - 19.
- Rosas, A., Lama, G., Llanos-Zavalaga, F., & Dunstan, J. (2002). Artículo de investigación: "Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en trabajadores de una institución estatal de Lima - Perú". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 2002. Vol. 19. Num. 2, 87 - 91.
- Santos, D. N. (18 de noviembre de 2015). *Federación Mexicana de Diabetes, A.C.* Obtenido de <http://fmdiabetes.org/dislipidemia-en-aumento-por-obesidad/>
- Zonana Nacach, A. M., Salinas Merlos, O. M., Guerrero Saucedo, F. F., Moreno Cazares, M. C., & Gómez Naranjo, R. M. (2013). Artículo de investigación: "Prevalencia de obesidad en trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, BC". *Instituto de Salud pública de México / vol. 55, no. 3; SciELO - Scientific Electronic Library Online*, 245-247.

Fuentes Hemerográficas

- Congregación de los Testigos de Jehová. Su salud esta es sus manos. Despertad. 2012; 92 (3):4
- Consecuencias de una mala alimentación infantil. La Republica. 2013;(32):21.
- Cuadro Galindo, Jaime. La obesidad infantil puede provocar problemas de aprendizaje. El Comercio. 2012;(28):29
- El Perú se encuentra en una epidemia de obesidad, según viceministro de salud Enrique Jacoby. La república. 2012;(20):33.
- El sedentarismo como una causa de sobrepeso y obesidad actual. Perú 21. 2013;(3919):19.
- Jacoby, Enrique. Como afecta la obesidad y sobrepeso. La República. 2012 Enero 09; Sociales. 31 pg.
- La obesidad infantil puede provocar problemas de aprendizaje. El comercio. 2012;(28):29-30.

Moreno G Manuel, Guzmán B Sergio. Cambios en los factores de riesgo metabólico en pacientes obesos y tratamiento. Revista médica de Chile. Febrero 2000; 128(2).

Fuentes electrónicas

Cando Pardo B. Evaluación del estado nutricional en personas con sobrepeso. RevMed Post UNCH [Internet] 2000 [citado 24 junio 2010]; 5(2): [aprox.7p.].Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2000/pdf/Vol5-2-2000-10.pdf>

en:www.mflapaz.es/nutrición. Revista...18%20tratamiento% 20 obesidad.

Galván Gutiérrez J A, Medidas antropométricas en la salud de las personas mexicanas. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. [Internet] 2008 [citado 12 de mayo del 2010] 20: [aprox17p].Disponible en: http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/calculos_personales.htm

Gordon M.Wardlaw, Jeffrey S.Hampl, Robert A. Dissinestro.Enfermedades cardiovascular. [Monografía en internet].Argentina. Organización Mundial de la Salud.2002. [14oct 2002]. [Alrededor de 2 pantallas].Disponible desde: <http://www.monografias.com>

Hernández Carrillo A M, Galván Gutiérrez J A, López Lizarde R. Medidas antropométricas en la salud de las personas mexicanas. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. [Internet] 2008[citado 12 de mayo del2010] 20:[aprox17p].Disponibleen:http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/calculos_personales.htm.

Martínez Gonzales Clavero. Síndrome de ovario poliquístico (serie en internet). (Citada 2011): alrededor de 7 pantallas).disponible en: www.hvn.es/.../curso 2011.reprod-04síndrome-ovario, poliquístico.

Ministerio de Salud. El 23% de la población escolar padece de obesidad infantil. Editorial Minsa. [serie en internet]. 2005; 15 (10): [citada 2008 noviembre

12]; Disponible en [http://www. www.minsa.com/salud/evento-de-nutricion-y-obesidad-en-lima/](http://www.minsa.com/salud/evento-de-nutricion-y-obesidad-en-lima/)

OMS. Guía del tratamiento para hipertiroidismo .OMS. (Serie en internet). (Citada 2008): alrededor de 20 pantallas) .disponible en: [www.OMS. Guía para el tratamiento del hipertiroidismo.pdf](http://www.OMS.Guía para el tratamiento del hipertiroidismo.pdf).

ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

LA OBESIDAD ASOCIADA A LAS DISLIPIDEMIAS EN LAS TRABAJADORAS DEL HOSPITAL DE CHANCAY 2018

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología
<p>Problema general: ¿De qué manera está asociada la obesidad con las dislipidemias en los trabajadores del hospital de chancay 2018?</p> <p>Problema específico: ¿Cuál es el motivo a padecer de sobrepeso en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018?</p> <p>¿Cuál es la causa más frecuente a</p>	<p>Objetivo general: Determinar de qué manera se relaciona la obesidad con las dislipidemias en los trabajadores del hospital de chancay 2018.</p> <p>Objetivo específico: Determinar el motivo de sobrepeso en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.</p> <p>Deter minar la</p>	<p>Hipótesis General Existe relación directa con el tipo de obesidad y las dislipidemias de los trabajadores del hospital de Chancay 2018.</p> <p>Hipótesis Específicas Existe influencia entre los hábitos alimenticios y la actividad física en la prevalencia de obesidad de los trabajadores del hospital de Chancay 2018.</p>	<p>Variable independiente: Obesidad La obesidad se define como la acumulación excesiva de grasa en el organismo que repercute negativamente en la salud de las personas, esta enfermedad se desencadena debida a un desbalance energético entre la ingestión de origen exógeno que marca una ganancia de peso significativa que va desde un sobrepeso hasta grados mórbidos de obesidad repercutiendo de</p>	<p>Obesidad Actividad física limitada. Poca relación interpersonal. Bajo desempeño laboral. Dislipidemias Exámenes de laboratorio Fatiga muscular, mareos. Presión arterial elevada Valores elevados de lípidos en</p>	<p>Población : 625 usuarios</p> <p>Muestra: 60 usuarios</p> <p>Nivel de Investigación: Correlacional.</p> <p>Tipo de Investigación: No experimental</p> <p>Diseño: No experimental de tipo transversal.</p> <p>Instrumentos: Entrevista Cuestionario de preguntas.</p> <p>Exámenes Colesterol y Triglicéridos</p>

<p>padecer de dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018?</p> <p>¿Cuál es el riesgo que existe a padecer de obesidad y dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018?</p>	<p>causa de dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.</p> <p>Determinar el riesgo que existe de padecer obesidad y dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018.</p>	<p>Existe influencia entre los hábitos alimenticios y la actividad física en la dislipidemias en los trabajadores del hospital de Chancay 2018.</p>	<p>forma negativa sobre la salud del individuo.</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>Dislipidemias</p> <p>Son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre.</p>	<p>sangre</p>	
--	--	---	--	---------------	--



ANEXOS N° 2

ENCUESTA

INSTRUCCIONES: Sr(a) usuario la presente encuesta tiene por finalidad buscar información relacionada con el tema “La Obesidad asociada a las dislipidemias en los trabajadores del Hospital de Chancay 2018”; sobre este particular se le recuerda que las preguntas que a continuación se acompaña son relevantes para la investigación, tenga a bien elegir la alternativa que considere correcta, marcando con un aspa (X). Se agradece su participación, que será de gran interés para el presente trabajo de investigación, recordándole al participante que toda la información entregada es de forma confidencial y anónima.

Variable X: Obesidad.

Variable Y: Dislipidemias.

