"PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN ASEGURADOS CON OBESIDAD ABDOMINAL, DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA I (CAP I) CAMPO VERDE ESSALUD EN EL AÑO 2014"

Boris Teofilo Manturano Giron.[1] Rubén Dario Manturano Perez[2]

Resumen.

En el CAP I Campo Verde ESSALUD, hay asegurados que asisten a los controles con incidencia de síndrome metabólico (SM), con riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 (DM2), arterioesclerosis, enfermedades cardiovasculares, entre otros. El objetivo fue estudiar la prevalencia de síndrome metabólico en asegurados con obesidad abdominal. Se justifica porque servirán para tomar precauciones sobre el síndrome metabólico en Ucayali. La población fue de 400 pacientes con obesidad abdominal, la muestra fue 90 asegurados. Resultados, pacientes con edades entre 51 a 55 años, perímetro abdominal 28% de pacientes entre 96 a 100, el 22% están entre 100 a 105. Con glicemia 50% de 77 a 100, 40% de 101 a 200, el 7% de 301 a 1500, 3% de 201 a 300. Niveles de triglicéridos de 57% entre 101 a 200, el 17% entre 201 a 300. En HDL el 53% tiene niveles de 41 a 50 indicando valores normales pero el 47% tiene niveles de riesgos. En perímetro abdominal el 50% está entre 26 a 30 indicando niveles de sobre peso. Los niveles de colesterol fue del 33% tiene niveles entre 181 a 200 siendo estos que están en los límites de lo aceptable, el 36% están en los límites aceptables oscilando entre 120 a 180 y el 31% están con el colesterol alto entre 201 a 271. 79% con presión normal, 21% hipertensión con 180/100. 44% desconoce los antecedentes, 19 % sabe que tuvo padre diabético, 19% con madre con hipertensión alta, 13% sabe que su madre obesa.

Palabras Clave: Síndrome metabólico, obesidad abdominal

Abstract

In the CAP I Campo verde ESSALUD, secured to and attending controls incidence of metabolic syndrome (MS), at risk for type 2 diabetes mellitus (DM2), atherosclerosis, cardiovascular diseases, among others. The aim was to study the prevalence of metabolic syndrome in insured with abdominal obesity. It is justified because they serve to take precautions on metabolic syndrome in Ucayali. The population was 400 patients with abdominal obesity, the sample was 90 insured. Results, patients aged 51-55 years waist circumference 28% of patients aged 96 to 100, 22% are between 100 to 105. With 50% glucose 77-100, 40% 101-200 7% 301 to 1500, 3% of 201 to 300. triglyceride levels of 57% between 101 to 200, 17% between 201 to 300. HDL levels 53% have from 41 to 50 indicating normal values but 47% is risk levels. In waist circumference 50% are between 26-30 levels indicating overweight. Cholesterol levels was 33% has levels between 181 to 200 being the ones that are at the limits of what is acceptable, 36% are in acceptable limits ranging from 120 to 180 and 31% are high cholesterol between 201 271. 79% with normal blood pressure, 21% hypertension 180/100. 44% do not know the background, 19% know that father had diabetes, 19% mother with high blood pressure, 13% know that his mother obese. **Key words:** Metabolic syndrome, abdominal obesity.

INTRODUCCION

[1] Medico Cirujano de EsSalud Ucayali– Perú

El presente trabajo de investigación titulado "PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN ASEGURADOS CON OBESIDAD ABDOMINAL, DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA I (CAP I) CAMPO VERDE ESSALUD EN EL AÑO 2014", se orientó a analizar ele efecto del síndrome metabolico y la obesidad abdominal en pacientes asegurados en Campo Verde, esta problemática se presenta en algunos sectores de la sociedad cuando tienen una vida sedentaria o una forma de vioda diferente que conlleva a la obesidad. Para tal efecto, se puso a prueba la siguiente hipótesis. Hi: "Existe una prevalencia mayor al 70 % en pacientes con obesidad abdominal lleguen a presentar síndrome metabólico en asegurada del CAP I Campo Verde de Essalud en el año 2014". Bajo este contexto, se elaboró un instrumento de medición. El cuestionario de encuesta dirigido a 94 paciente asegurados. El diseño muestral escogido fue el descriptivo correlacional ya que busca identificar, describir y determinar la prevalencia del síndrome metabólicos, según las características de las variables e indicadores propuestos en la hipótesis. Después de llevar a cabo el trabajo de campo el presente trabajo de investigación se ha estructurado en cinco capítulos.

METODOLOGIA

Se aplicó el método de investigación no experimental del tipo descriptivo explicativo de corte transversal de tipo prospectivo. La cual permitió recolectar los datos en un solo momento, en un tiempo único:

- Se puso en conocimiento a las autoridades de la investigación a realizarse para la autorización.
- Se coordinó con el personal técnico y de enfermería para la obtención de datos antropométricos (Peso, Talla, Perímetro Abdominal en IMC)
- Se coordinó con la Jefatura del Laboratorio Referencial del Hospital II Pucallpa de Essalud para brindar mayores facilidades a los asegurados en la toma de muestra sanguíneas en ayunas para análisis de Glicemia, HDL, Triglicéridos.
- Se coordinó con la Jefatura del Laboratorio Referencial para la digitación envío virtual (vía intranet institucional) de los resultados de las muestras obtenidas de los pacientes referidos del CAP I Campo Verde de Essalud.
- Se procesó la información recogida para el desarrollo de la investigación.
- La entrevista fue personal y anónimo; con la finalidad de evitar sesgos y mantener confidencialidad en cuanto a la información recogida.
- Se procesó la información recogida para el desarrollo de la investigación.
- Se les sometió a un cuestionario de preguntas referentes a sus datos de filiación, antecedentes patológicos familiares y personales, historia de otros trabajos o actividades que puedan afectar o haber afectado en su salud, antecedentes de tratamientos médicos, y una serie de preguntas orientadas a determinar las características subjetivas de su medio ambiente de trabajo y sus posibles repercusiones.

Se aplicó instrumentos para los siguientes:

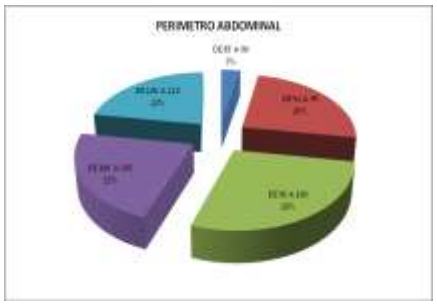
Cuestionarios. Se aplicó con el objetivo de explorar el estado de la variable Características de la inserción del egresado en el mercado laboral (Variable 1) y Características de la percepción del egresado por el empleador (Variable 2). El diseño del estudio de empleadores contempló las siguientes etapas:

- Diseño del Cuestionario. Ha tenido 25 preguntas agrupadas en las siguientes dimensiones: a) datos del empleador, b) datos del egresado UNU, c) desempeño laboral del egresado UNU, d) sugerencias sobre la formación académica, e) sugerencias sobre habilidades del egresado.
- Piloteo del cuestionario. Se procedió a pilotear el instrumento, con el propósito de verificar que las preguntas estén redactadas correctamente y que el empleador las comprenda con claridad.
- Selección de las empresas objeto de estudio. Primero debe definirse el tipo de empresa o institución que se desea encuestar, esto depende del objetivo que persiga el estudio.
- Elaboración de un directorio de las empresas.

La encuesta fue aplicado previamente mediante una prueba piloto del 10 % y fue validado mediante la prueba de alfa de crombach, que es una media ponderada de las correlaciones entre las variables que forman parte de la escala y valides con R de Pearson; Puede calcularse de dos formas: a partir de las varianzas (alpha de Cronbach) o de las correlaciones de los ítems (Alpha de Cronbach estandarizado). Alfa de Cronbach 0.82433

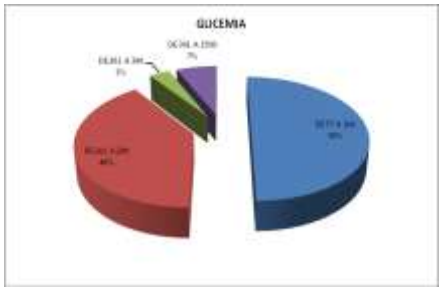
RESULTADOS Y DISCUSION

Cuadro 1. Estudio del perímetro abdominal de los pacientes estudiados.



Sabemos que el perímetro abdominal es una medida antropométrica que permite determinar la grasa acumulada en el cuerpo. En la mujer es 88 centímetros y en el hombre, 102 centímetros. Si en una persona con exceso de peso el perímetro abdominal es menor que los valores mencionados se habla de obesidad periférica, mientras que se habla de obesidad central cuando el perímetro abdominal es mayor. En nuestro estudio el perímetro abdominal tenemos el 28 % de pacientes tiene entre 96 a 100, el 25 % es de 91 a 95, el 22 % están entre 100 a 105 y de 106 a 118 y el más bajo están entre 85 a 90 correspondiendo al 3 %

Cuadro 2. Estudio de Glicemia en pacientes



El exceso de glucosa se transforma en triglicéridos para el almacenamiento de energía. En nuestro estudio el 50 % de pacientes tienen glicemia de 77 a 100, el 40 % de 101 a 200, el 7 % de 301 a 1500 y el 3 % de 201 a 300. Los valores normales en sangre venosa es de 60 a 100 mg/100ml.

Cuadro 3. Análisis de triglicéridos en los pacientes.



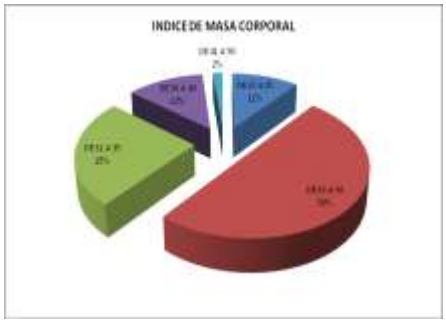
Los niveles de triglicéridos varían con la edad, y también dependen de qué tan reciente ingirió alimentos antes del examen. El valor normal es de 150 mg/dL. Para quienes sufren problemas cardiacos, los niveles de esta sustancia deben ser inferiores a los 100 mg./dl. En nuestro estudio tenemos el 57 % con valores entre 101 a 200, el 17 % tienen entre 201 a 300, el 8 % entre 301 a 400 y el 5 % de 401 a 900.

Cuadro 4. Nivel de HDL en los pacientes estudiados



HDL son las lipoproteínas más pequeñas y más densas, están compuestas de una alta proporción de proteínas. El nivel de HDL dice muy poco acerca de su salud si es tomado aisladamente, de acuerdo a los mismos grandes estudios hechos hasta la fecha. En nuestro estudio el 53 % tiene niveles de 41 a 50 indicando valores normales pero el 47 % tiene niveles de riesgos.

Cuadro 5. Análisis del Índice de Masa Corporal



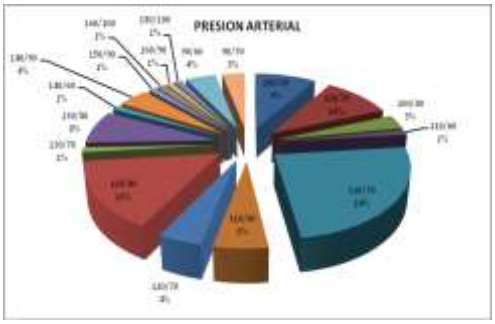
El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet. Cuando el índice es ≥25,00 indica Sobrepeso, cuando es ≥30,00 se habla de obesos, en nuestro estudio el 50 % está entre 26 a 30 indicando niveles de sobre peso y el 11 % están en niveles normales de 23 a 25 %, otro indicador del estudio nos revelan que el 39 %.

Cuadro 6. Análisis del índice de colesterol en la sangre de pacientes.



Los niveles normales aceptables de colesterol es menos de 170 mg y el colesterol alto es de 200 mg o más. En nuestro estudio encontramos que el 33 % tiene niveles entre 181 a 200 siendo estos que están en los límites de lo aceptable, el 36 % están en los límites aceptables oscilando entre 120 a 180 y el 31 % están con el colesterol alto entre 201 a 271.

Cuadro 7. Análisis de la presión arterial en pacientes de estudio.



DISCUSIÓN

En el estudio realizado se observa que el perímetro abdominal aporta información añadida de cara al diagnóstico de síndrome metabólico con un valor aceptable; pero en la práctica clínica diaria nos encontramos con que no es una medida que se haga por rutina a todos los pacientes. En un estudio realizado en España observaron que un punto de corte de 91,5 cm en varones y 85,5 cm en mujeres tenían una alta sensibilidad como método de cribaje del SM, aunque con una menor especificidad, del 58% en varones y del 50% en mujeres. Nuestro trabajo no trata de realizar un análisis discriminante con un determinado umbral para el perímetro de cintura, sino que utilizando cualquier dato obtenido en la medición del mismo podamos calcular la probabilidad de presentar un SM, aportando datos, tal vez más prácticos. Lo patológico y la glicemia influyen de manera significativa en la obesidad abdominal en nuestro trabajo, pero Lawati (2003), muestra una prevalencia de síndrome metabólico donde la edad influye en 21 % de la población de EEUU.

CONCLUSIONES

En este estudio las edades de los pacientes oscilan entre 51 a 55 años, el perímetro abdominal en nuestro estudio fue del 28 % de pacientes tiene entre 96 a 100, el 22 % están entre 100 a 105. Pacientes con glicemia se encontró 50 % de 77 a 100, el 40 % de 101 a 200, el 7 % de 301 a 1500 y el 3 % de 201 a 300. Los niveles de triglicéridos fue de 57 % con valores entre 101 a 200, el 17 % tienen entre 201 a 300, el 8 % entre 301 a 400 y el 5 % de 401 a 900. En HDL se encontró 53 % tiene niveles de 41 a 50 indicando valores normales

pero el 47 % tiene niveles de riesgos. En perímetro abdominal el 50 % está entre 26 a 30 indicando niveles de sobre peso y el 11 % están en niveles normales de 23 a 25 %. Los niveles de colesterol fue del 33 % tiene niveles entre 181 a 200 siendo estos que están en los límites de lo aceptable, el 36 % están en los límites aceptables oscilando entre 120 a 180 y el 31 % están con el colesterol alto entre 201 a 271. La presión arterial se tiene que el 79 % tienen la presión normal y el 21 % tienen hipertensión arterial cuyos valores oscilan entre 180/100. El 44 % desconoce los antecedentes familiares pero el 19 % sabe que ha tenido padre diabético, el 19 % con madre que ha tenido hipertensión alta, el 13 % sabe que su madre es obesa y el 5 % con padre con dislipidemia. En este análisis se observa que la edad se relaciona con la presión arterial en 21 % a un nivel de significancia estadística de $p<0.04$, es decir que la edad juega un rol importante en la presión arterial así se confirma en los resultados obtenidos con los asegurados observados en este estudio. El sexo se relaciona con la variable perímetro abdominal en 41 % a un nivel de significancia estadística de $p<0.001$, es decir que el sexo juega un rol importante en el perímetro abdominal de las pacientes, también se relaciona negativamente con la glicemia en 21 % y con HDL en 31 %, es decir que los niveles de azúcar en la sangre y los niveles de lipoproteína de alta densidad (HDL) pueden incrementar sin importar el género del paciente. Los antecedentes personales patológicos se relaciona con los antecedentes familiares en 22 %, a un nivel de significancia de $p<0.02$, es decir que la hay una fuerte relación según la herencia familiar. Mediante el análisis de regresion encontramos que la edad influye en 13 % sobre el síndrome metabólico ($p<0004$), los antecedentes personales patológicos influye en 60 % sobre el perímetro abdominal y en 95 % en el síndrome metabólico ($p<0001$), la glicemia influye significativamente en 5 % sobre los antecedentes familiares.

REFERENCIAS

1. Al-Lawati JA, Mohammed AJ, Al-Hinai HQ, Jousilahti P. Prevalence of the metabolic síndrome among Omani adults. Diabetes Care 2003; 26(6):1781-5.
2. Aschner P: Concepto y Epidemiología del síndrome metabólico. Curso Latinoamericano sobre diabetes y síndrome metabólico para clínicos. Programa Educación Médica Continua 2002.
3. Bonora E, Kiechl S, Willeit J et al. Prevalence of insulin resistance in metabolic disorders: the Bruneck Study. Diabetes. 1998; 47: 1643-9.
4. Baracco R, Mohanna S, Seclén S. A comparison of the prevalence of metabolic syndrome and its components in high and low altitude population in Peru. Metab Syndr Relat Disord. 2007;3(1):55-62.
5. CENTRO INTEGRAL DE OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABÓLICAS. PERÍMETRO ABDOMINAL: ÍNDICE DE RIESGO CARDIOVASCULAR. Año 2011.
6. Díaz Lazo A. Sobrepeso y síndrome metabólico en adultos de altura. Rev Per Cardiol. 2006;32(3):173-93.
7. Dávila C, Vílchez F. Síndrome Metabólico en pobladores de 40 a 70 años de la Caleta San José. Tesis (Médico Cirujano) Lambayeque Perú. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. 2002.
8. ECKEL R, GRUNDY S, ZIMMET P. The metabolic syndrome. Lancet 2005; 365: 1415-28.
9. El UNIVERSO. PREVALENCIA DE OBESIDAD ES DEL 10% EN ECUADOR. Año 2006.
10. FRIEDEWALD V, GRUNDY S, GOTTO A, HAFFNER S, DENKE M, HOLLANDER P, ROBERTS W. The Editor´s Roundtable: The Metabolic Syndrome. Am J Cardiol 2007; 99:382-9.

11. FORD ES, GILES WH, DIETZ WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 2002; 287: 356-9.
12. Gamarra M. Prevalencia comparativa de síndrome metabólico entre un distrito urbano y uno rural del departamento del Cusco. X Congreso Peruano de Endocrinología, Lima, 2006.
13. GRUNDY S. Metabolic Syndrome: Connecting and Reconciling Cardiovascular and Diabetes Worlds. J Am Coll Cardiol 2006; 47: 1093-100.
14. HASLAM D, JAMES W. Obesity. Lancet 2005; 366: 1197- 209.
15. Isomaa B, Almgren P, Tuomi T et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. Diabetes Care. 2001; 24: 683-9.
16. JOHNSON L, WEINSTOCK R. The Metabolic Syndrome: Concepts and Controversy. Mayo Clin Proc 2006; 8: 1615-20.
17. KAHN R, BUSE J, FERRANNINI E, STERN M. The Metabolic Syndrome: Time for a Critical Appraisal. Diabetes Care 2005; 28: 2289-304.
18. LEE WJ, HUANG MT, WANG W, LIN CM, CHEN TC, LAI IR. Effects of obesity surgery on the metabolic syndrome. Arch Surg 2004; 139: 1088-92.
19. MCNULTY SJ, UR E, WILLIAMS G. A randomized trial of sibutramine in the management of type 2 diabetic patients treated with metformin. Diabetes Care 2003; 26: 125-31.
20. NEEL JV. Diabetes Mellitus: a thifty genotipe rendered cetrimental by progress? Am J Hum Genet 1962; 14: 353-62.
21. PRASAD A, QUYYUMI A. Renin-Angiotensin System and Angiotensin Receptor Blockers in the Metabolic Syndrome. Circulation 2004; 110: 1507-12.
22. PADWAL R, LI SK, LAU DCW. Long-term pharmacotherapy for overweight and obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27: 1437-46.
23. Pajuelo J, Sánchez Abanto J. El síndrome metabólico en el Perú. An Fac med. 2007; 68(1):38-46.
24. REAVEN G. The Metabolic Syndrome: Requiescat in Pace. Clin Chem 2005; 51: 931-8.
25. REAVEN G. Insulin Resistance, Cardiovascular Disease, and the Metabolic Syndrome. How well do the emperor's clothes fit? Diabetes Care 2004; 27; 1011-2.
26. Soto-Cáceres V Prevalencia de Hipertensión Arterial en la ciudad de Chiclayo en el 2000: Estudio Poblacional Rev Per Soc Med Intern 2001: 14: 153-8.
27. TENENBAUM A, FISMAN E, MOTRO M, ADLER Y. Atherogenic dyslipidemia in metabolic syndrome and type 2 diabetes: therapeutic options beyond statins. Cardiovasc Diabetol 2006; 5: 20.
28. WEINBERG JM. Lipotoxicity. Kidney Int 2006; 70: 1560-6.
29. Worawonggprapa O. Glycemic control in diabetes with metabolic síndrome in community hospital. J Meed Assoc Thai. 2008; 91(5):641-7.
30. YKI-JÄRVINEN H. Thiazolidinediones. N Engl J Med 2004; 351: 1106-18.
31. Zuzunaga Gómez A, Villarreal M J, Indice Cintura-Cadera y Perímetro abdominal: su relación con la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en una población femenina.