

FRATEROS 2012.

## **PÉRFIL ATEROGÉNICO Y DIFERENCIAS DE GÉNERO EN UNA POBLACIÓN MAYOR DE 40 AÑOS. BOYEROS. LA HABANA 2011.**

### **Autores:**

MSc. Antonia Miladys González Rodríguez<sup>1</sup>, MSc. María Elena Palma López<sup>2</sup>, MSc. Maylín Isabel Alonso Martínez<sup>3</sup>, Dr.Cs José Emilio Fernández-Britto Rodríguez<sup>4</sup>, MSc. Marlene Rivero González<sup>5</sup>, Dra. Odelay Bent Álvarez<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Policlínico Universitario Federico Capdevila. [amiladys.glez@infomed.sld.cu](mailto:amiladys.glez@infomed.sld.cu), Cuba. CI 66031306871

<sup>2</sup>Hospital Enrique Cabrera. [palmamaria@infomed.sld.cu](mailto:palmamaria@infomed.sld.cu), Cuba CI 62010407316.

<sup>3</sup>Centro de Investigación y Referencias de la Habana(CIRAH) [.maylinalonso@infomed.sld.cu](mailto:maylinalonso@infomed.sld.cu), Cuba. CI 62100102176

<sup>4</sup>Centro de Investigación y Referencias de la Habana(CIRAH). [jfbritto@infomed.sld.cu](mailto:jfbritto@infomed.sld.cu)

<sup>5</sup> Hospital William Soler. [marlenrg@infomed.sld.cu](mailto:marlenrg@infomed.sld.cu), Cuba. 68042207119.

<sup>6</sup> Policlínico Universitario Reina, [amiladys.glez@infomed.sld.cu](mailto:amiladys.glez@infomed.sld.cu), Cuba. CI: 88070629294

### **Modalidad: Póster**

### **Resumen**

**Introducción:** La población del sexo femenino difiere biológica y fisiológicamente de la población masculina y esas diferencias implican la presencia de condiciones, enfermedades o factores que son exclusivos de sexo femenino o que afectan más a las mujeres. **Objetivo:** Determinar diferencias de género y características clínico-epidemiológicas en una población mayor de 40 años. Boyeros. La Habana 2011. **Material y método:** Se realiza un estudio descriptivo, transversal. **Universo** de estudio 1061 personas, **muestra** 733 personas (69,1%) que cumplieron los criterios de inclusión. Se utilizó el modelo de recolección de datos del CIRAH (ATECOM) para recolectar las variables que se incluyen en el estudio, edad, sexo, tabaquismo, Índice de masa corporal, circunferencia abdominal, tensión arterial, glucemia ayunas, colesterol, triglicéridos, APP. **Resultados:** Existió predominio del grupos de 40- 60 años de edad con 52,25%; por sexo el femenino con 70,14%; la edad media 59±7.05 años; más del 50% de la población estuvo en contacto con el humo del tabaco, clasificó como una población sobrepeso, a favor del sexo femenino; 37.10% con riesgo alto de complicación vascular teniendo en cuenta la circunferencia de la cintura, los APP más frecuentes Hipercolesterolemia 54,70 %, PreHTA 32.19%, HTA 26,05 %. **Conclusiones:** Es una población con riesgo de complicaciones cardiovasculares, es necesario fomentar las acciones de salud para su prevención primaria y secundaria.

Palabras claves: factores de riesgo, diferencias de género

## Introducción

Desde los determinantes sociales la salud con enfoque de género resulta exitosa para la implementación de acciones de salud, no solo porque visualiza la equidad como aspecto ético, sino también porque el género condiciona el perfil epidemiológico de la salud de las personas, el logro de objetivos sanitarios, la calidad y eficiencia de los servicios de salud<sup>(1)</sup> La población del sexo femenino difiere biológica y fisiológicamente de la población masculina, y esas diferencias implican la presencia de condiciones, enfermedades o factores que son exclusivos de sexo femenino o que afectan más a las mujeres. Hombres y mujeres tienen diferentes problemas de salud, no sólo por pertenecer biológicamente a sexos distintos, sino también por vivir en sociedades que interpretan sexos distintos<sup>(2)</sup> La interpretación social contemporánea que se hace a partir de la pertenencia a uno u otro sexo, implica la desventaja de uno con respecto al otro en ciertas dimensiones, que conllevan afectaciones generales y particulares como puede ser la salud y la sobrevivencia de hombres y mujeres<sup>(3)</sup> De acuerdo a la experiencia universal, las mujeres viven en promedio más que los hombres, esta ventaja de supervivencia que exhiben las mujeres no se corresponde necesariamente con una mejor salud, de hecho las mujeres padecen más enfermedades y cargan con ellas en sus más largas vidas<sup>(4)</sup>. La diferencia de la supervivencia en el caso cubano es además reducida comparada con otros países que alcanzan y superan en ocasiones los 7 años<sup>(5)</sup>. De acuerdo a los estimados más recientes publicados por la Oficina Nacional de Estadística de Cuba, las mujeres al nacer esperan vivir 80.02 años, los hombres 76.00, para una diferencia entre ellos de 4.02 años. Esta estrecha brecha de la esperanza de vida al nacer entre sexos es objeto de estudio permanente<sup>(6)</sup> La identificación de las diferencias de la mortalidad entre mujeres y hombres marca el camino para la determinación de los factores que conducen a esas brechas, todo lo cual es necesario para su disminución.<sup>(7)</sup> En la actualidad, la mejor manera de predecir la aparición de enfermedades cardiovasculares es la detección de los hábitos o características (factores de riesgo) que se sabe están asociados a una mayor predisposición para el desarrollo de estas enfermedades. Entre ellos, la hipertensión arterial, la obesidad, el tabaquismo, la diabetes y las concentraciones lipídicas son considerados factores de riesgo clásicos (que han demostrado claramente su asociación con las enfermedades cardiovasculares)<sup>(8)</sup> Nuestro objetivo Determinar diferencias de género y características clínico-epidemiológicas en una población mayor de 40 años. Boyeros. La Habana 2010

## Material y Método

Se realiza un estudio descriptivo, observacional y transversal, el universo de estudio 1061 personas pertenecientes al consultorio 6 del policlínico de Capdevila, la población objeto de estudio, 733 personas de más de 40 años. Se utilizó un modelo de recolección del dato primario del CIRAH (ATECOM) para recolectar las variables que se incluyen en el estudio, (edad, sexo, hábitos tóxicos, condición de ser hipertenso, cifras de glucemia, de lípidos, IMC (índice de masa corporal), circunferencia de la cintura (CC) y antecedentes patológicos personal de enfermedades vasculares. Criterios de inclusión: Tener 40 años cumplidos o más. **Edad** según años cumplidos, **sexo** según sexo biológico en masculino y femenino, HTA si tenían APP de HTA o cifras mayores o igual de 140 y/o 90 mmHg en tres o más ocasiones, Diabetes mellitus, APP de diabetes mellitus o cifras de glucemia en ayunas mayor o igual de 7 mmol/l o PTG mayor de 11.1 mmol/l a las dos horas, dislipidemias si colesterol mayor de

5.2 mmol/l y/o triglicéridos mayor de 2.3 mmol/l, circunferencia de la cintura patológico mayor de 102 cm en el hombre o mayor de 88 cm en la mujer, tabaquismo fuma al menos 1 cigarro o tabaco en el último año y abandono en menos de un año . Circunferencia abdominal (CA) (2,3) cm. Clasificación del riesgo del índice de cintura en:

	Hombre	Mujeres
• Bajo	< 94 cm.	< 80 cm.
• Moderado	94 – 102	80 - 88
Alto:	>102 cm.	>88 cm.

APP de enfermedad vascular, clasificados en:

- Sí: Presencia de FRA y/o enfermedades consecuentes.
- No: Ausencia de FRA y/o enfermedades consecuentes.

### Análisis estadísticos

Se confeccionó una base de datos con la información obtenida del modelo de recolección de datos y se procesó utilizando el programa SPSS 15.0 para Windows, se obtienen los resultados y se confeccionan tablas y gráficos. Se realizan los análisis de la estadística descriptiva cálculo de media, desviación standart, frecuencia porcentajes

### Resultados

**Tabla No1** Distribución de la población según grupos de edades y sexo, consultorio 6, Policlínico Federico Capdevila, La Habana, 2011.

Grupos de edad	Masculino		Femenino		Total			
	n	%	n	%	n	%	Media	DSVE
40-60	156	40.7	227	59.3	383	52.25	45	5.9
61-95	156	44.6	194	55.4	350	47.74	69	8.2
Total	312	29.85	421	70.1	733	100.00	59	7.05

**Leyenda: DSVE:** Desviación estándar.

En el estudio realizado la población objeto de estudio resultó estar constituida por 733 personas mayores de 40 años (69,1 %, del total), 383 de 40-60 años (52.25%) y 350 en el grupo de 61-85 años (47.74 %), 312 eran masculino (29.85%) y 420 femenina (70.14%), la edad media  $59 \pm 7.05$  años.

**Tabla No 2** Frecuencia de tabaquismo según edad y sexo consultorio 6, Policlínico Federico Capdevila, La Habana, 2011.

Tabaquismo		40 - 60			61 - 95			Total	
		M	F	Total	M	F	Total		
No	n	71	111	182	72	87	159	341	46.52
	%	45,5	48,9	47,5	46,2	44,8	45.42		
Pasivo	n	31	56	87	37	50	87	174	23.80
	%	19,9	24,7	22,83	23,71	25,8	24.85		
Ex	n	4	13	17	7	12	19	36	4.91

<b>fumador</b>	%	2,6	5,7	4,43	4,5	6,2	5,42		
<b>Activo</b>	n	50	47	97	40	45	85	182	24.82
	%	32,1	20,7	25.32	25,6	23,2	24.28		
<b>Total</b>	n	156	227	383	156	194	350	733	100
	%	100	100	100	100	100	100		

Se observamos que más del 50% de la población estuvo en contacto con el nocivo tóxico del humo del tabaco de estos 182 están activos para un 24.82 % ,36 exfumadores para un 4.91 % y 174 eran fumadores pasivos para un 23.80% ,con relación al sexo en los fumadores activos en el grupo de 40-60 años el 32.10% eran masculinos y el 20.7% femenino y en el grupo de 61-95 años el masculino se presentó en un 25.60% y el sexo femenino se presenta en un 23.20% predominando el sexo masculino en ambos grupos de edades, en el resto de las categorías fue mayor el número de población femenina que la masculina en ambos grupos (exfumador y fumador pasivo). Es importante destacar que la categoría de no fumador fue la más representada, 46.32% prevaleciendo en el sexo **femenino**.

**Tabla No 3.** Distribución de la población según estado nutricional, edad y sexo

IMC		40 - 60			61 - 95			Total	
		M	F	Total	M	F	Total		
<b>BP</b>	n	3	2	5	9	6	15	20	2.72
	%	1,9	0,9	1,2	5,8	3,1	3,5		
<b>NP</b>	n	73	112	185	66	97	163	348	47.47
	%	46,8	49,3	43,2	42,3	50	38,1		
<b>SP</b>	n	53	93	146	59	73	132	278	37.92
	%	34	41	34,1	37,8	37,6	30,8		
<b>O</b>	n	27	20	47	23	17	40	87	11.86
	%	17,3	8,8	11	14,7	8,8	9,3		
<b>Total</b>	%	100	100	100	74,1	99,5	81,8	733	100

**Leyenda:** **BP:** Bajo peso. **NP:** Normopeso. **SP:** Sobrepeso. **O:** Obeso.

Se caracteriza esta población por ser evaluada como sobrepeso con 278 personas en esta categoría (37.92%), predominando el sexo femenino en ambos grupos de edades, con mayor diferencia en el grupo de 40-60 años de edad, en la categoría de obesos encontramos 87 personas (11.86%), en predominando en esta categoría el sexo masculino en ambos grupos de edades.

**Tabla No 4.** Frecuencia del riesgo de complicación vascular en la población según circunferencia de la cintura, edad y sexo.

Riesgo índice	40 - 60	61 - 95	Total
---------------	---------	---------	-------

cintura		M	F	Total	M	F	Total		
Bajo	n	87	37	124	90	83	173	297	40.51
	%	55,8	16,3	29	57,7	42,8	40,4		
Moderado	n	34	48	82	40	42	82	164	22.37
	%	21,8	21,1	19,2	25,6	21,6	19,2		
Alto	n	35	142	177	26	69	95	272	37.10
	%	22,4	62,6	41,4	16,7	35,6	22,2		
Total	n	156	227	383	156	194	350	733	100
	%	100	100	100	74	100	82		

El riesgo de complicación vascular en la población tuvo un comportamiento peculiar 272 personas se encuentran en un riesgo alto de complicación vascular teniendo en cuenta la circunferencia de la cintura (37.10%), de estos en el grupo de 40-60 años predominó el sexo femenino 142 personas para (62.6%) y 69 en el grupo de 61-95 años (35.60%) también del sexo femenino.

**Tabla No 5.** Distribución de la población según las cifras de tensión arterial, edad y sexo

TA		40 - 60			61 - 95			Total	
		M	F	Total	M	F	Total		
Normal	n	47	105	152	57	97	154	306	41.74
	%	30,1	46,3	36	36,5	50	36		
PreHTA	n	72	62	134	55	47	102	236	32.19
	%	46,2	27,3	31	35,3	24,2	23,8		
HTA	n	37	60	97	44	50	94	191	26.05
	%	23,7	26,4	23	28,2	25,8	22		
Total	n	156	227	383	156	194	350	733	100
	%	100	100	100	74	100	82		

**Leyenda:** PreHTA: Prehipertensión. HTA: Hipertensión.

Obtuvimos que en nuestra población objeto 191 personas hipertensas (26.05%) y 236 personas prehipertensas (32.19%), en cuanto al sexo predominó el sexo femenino en ambos grupos etareos en la categoría de hipertensos y el sexo masculino en ambos grupos etareos en la categoría de prehipertensos, que se presentó en 32.19% muy cercano a lo reportado por algunos autores que sitúan su prevalencia alrededor del 30%. El 41.74% tenían la tensión arterial normal.

**Tabla No 6.** Distribución de la población estudiada según las cifras de glucemia, edad y sexo.

Glucemia ayunas		40 - 60			61 - 95			Total	
		M	F	Total	M	F	Total		
Normal	n	118	180	298	128	153	281	579	78.99
	%	75,6	79,3	69,6	82,1	78,9	65,7		
GBA	n	32	39	71	21	36	57	128	17.46
	%	20,5	17,2	16,6	13,5	18,6	13,3		

DM	n	6	8	14	7	5	12	26	3.54
	%	3,8	3,5	3,3	4,5	2,6	2,8		
Total	n	156	227	383	156	194	350	733	100
	%	100	100	100	74	100	82		

**Leyenda:** GBA: Glucosa Basal Alterada. **DM:** Diabetes Mellitus.

Se caracterizó por ser una población normoglucémica con 579 (78.99%), en el grupo de 40-60 años hay un ligero predominio del sexo masculino con glucemia basal alterada, la diabetes mellitus en el grupo de 40-60 años fue más frecuente en el sexo femenino, mientras que en el grupo de 61-95 años fue más frecuente en el masculino. La frecuencia de diabetes mellitus solo fue de un 3.54%

**Tabla No 7.** Distribución de la población estudiada según perfil lipídico, edad y sexo

Lípidos		40 - 60			61 - 95			Total	
		M	F	Total	M	F	Total		
<b>Normal</b>	n	91	119	210	38	45	83	293	39.97
	%	58,3	52,4	49,1	24,4	23,2	19,4		
<b>Hipercolest</b>	n	58	95	153	109	139	248	401	<b>54.70</b>
	%	37,2	41,9	35,7	69,9	71,6	57,9		
<b>Hipertg</b>	n	1	5	6	1	0	1	7	0.95
	%	0,6	2,2	1,4	0,4	0	0,2		
<b>Hipercolest + Hipertg</b>	n	6	8	14	8	10	18	32	4.36
	%	3,8	3,5	3,3	5,1	5,2	4,2		
<b>Total</b>	n	156	227	383	156	194	350	733	100
	%	100	100	100	73,6	100	81,8		

**Leyenda:** **Hipercolest:** Hipercolesterolemia. **Hipertg:** Hipertrigliceridemia.

Con relación al estudio de los lípidos se observa un predominio de hipercolesterolemia 401 personas (54.70%) y en el sexo femenino en ambos grupos etáreos, igual comportamiento el trastorno lipídico donde se combina la hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia. Diversos estudios explican que la hipercolesterolemia suele aumentar con la edad, y el trastorno es más común en las mujeres que en los hombres, siendo un factor de riesgo importante de enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión.

**Tabla No 8.** Frecuencia de antecedentes patológicos personales de enfermedades vasculares según edad y sexo.

APP	40 - 60 años	61 - 95 años	Total	
-----	--------------	--------------	-------	--

	M		F		M		F		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
CI	9	12.5	14	19.4	15	20.8	34	47.2	72	9.82
ECV	16	20	22	27.5	25	31.25	17	21.25	80	10.91
ERC	10	15.6	17	26.5	16	25	21	32.80	64	8.73
EAP	1	20	2	40	1	20	1	20	5	0.68

Leyenda: APP: Antecedente patológico personal. CI: Cardiopatía Isquémica. ECV: Enfermedad cerebrovascular. ERC: Enfermedad renal crónica. EAP: Enfermedad arterial periférica

La enfermedad cerebrovascular fue el antecedente patológico personal más frecuente 80 personas (10.91%), le sigue la cardiopatía isquémica 72 pacientes (9.82%) y el menos representativo la enfermedad renal crónica con 64 pacientes (8.73%), en el grupo de 40-60 años estas complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en el sexo femenino y en el grupo de 61-95 años, la enfermedad cerebrovascular fue más frecuente en el sexo masculino y la cardiopatía isquémica y la enfermedad renal crónica en el sexo femenino, la enfermedad arterial periférica se presentó con similitud de frecuencias en ambos sexos en este grupo etáreo.

## Discusión

En el año 2006 el 15,4 % de la población cubana tenía más de 60 años de edad, el 14,7 % y el 16,1 % de las personas mayores de esta edad correspondían al sexo masculino y femenino respectivamente, con predominio de la población femenina debido a su mayor expectativa de vida. Nosotros encontramos mayor frecuencia de pacientes femeninos con una relación 1:3 a predominio femenino. Es conocida la paradójica mayor esperanza de vida de las mujeres, se reconoce que es aproximadamente de 7 a 10 años más dilatada que en los hombres, sin embargo, las mujeres presentan una incidencia más alta de morbilidad y de discapacidades durante su vida que los hombres, sobre todo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas que los varones.<sup>9</sup> En estudio realizado es apreciable que el sexo masculino es el de mayor prevalencia de tabaquismo y a pesar de la tendencia a aumentar el consumo de tabaco en el sexo femenino todavía existen diferencias, lo que apunta hacia la importancia de definir las estrategias preventivas con enfoque de género.<sup>10</sup> La proporción de fumadores resultó mayor en los grupos de edades de 40 a 49 años, (71,4 %) y 50 a 59 años, (63,3%), lo que coincide con otros resultados de la literatura nacional donde la mayor prevalencia corresponde al grupo de edad 40 a 49 años.<sup>11</sup> Se puede afirmar que el 57,6 % de la población estudiada refirió fumar o haber fumado alguna vez, lo que se consideró un aspecto negativo para la salud general de la población de esta área. En cuanto a la categoría de no fumador se observa que representaron el 46.32% más frecuente en el sexo masculino, resultados similares se obtiene en un estudio que reporta que las proporciones de fumadores fueron mayores en el sexo masculino, mientras que las proporciones de no fumadores, fumador pasivo y exfumador, resultaron mayores en el sexo femenino.<sup>11</sup> La prevalencia de sobrepeso en nuestro país según encuesta nacional de factores de riesgo es de 32 % y de obesidad de 21 %, la hipertensión según reportes de la literatura está muy relacionada con el sobrepeso y la obesidad y mayormente con la obesidad androide y la obesidad abdominal, incrementándose la frecuencia de la morbilidad coronaria, en estudio realizado consideramos como riesgo un

IMC mayor a 25,<sup>12</sup> encontramos en este estudio que esta población se caracteriza por ser una población en sobrepeso y mayor frecuencia en el sexo femenino; hemos confirmado la relación entre el aumento de peso y la edad evidenciada en numerosos estudios analizados,<sup>13</sup> La hipertensión arterial (HTA) aumenta con la edad y es más frecuente en el sexo femenino después de los 45 años de edad está relacionado con los cambios que se producen durante el proceso climatérico.<sup>14</sup> En mujeres el incremento mayor se produce en la década de los 50, aumentando progresivamente hasta la década de los 80. La prehipertensión se asocia a mayor riesgo cardiovascular e hipertensión arterial y a los pacientes en este estadio se les debe proponer que modifiquen su estilo de vida para reducirlo.<sup>15</sup> Estudios epidemiológicos sitúan la prevalencia en los alrededores del 30 % en población adulta y que progresa a HTA establecida en el 19 % de los casos, cada 4 años es más prevalente en hombres que en mujeres, mayor en obesos que en personas con peso normal, en diabéticos que en los no diabéticos y en los menores de 60 años.<sup>16</sup> Esto también coincide con nuestro estudio donde encontramos mayor frecuencia del sexo masculino en el grupo de 40-60 años. Si este grupo de personas es considerado como potenciales hipertensos, entonces la supuesta prevalencia de la enfermedad hipertensiva (prehipertensos más hipertensos) estaría alrededor del 60 % de los adultos, como lo reportan algunas publicaciones en ciudadanos de los EE.UU.<sup>17-18</sup> Con relación a la diabetes encontramos una frecuencia de glucemia en ayunas alterada de 17.46% y de diabetes mellitus de un 3.9% revisamos un estudio de prevalencia de diabetes mellitus en una localidad de España y se reportan prevalencias de diabetes 8,1% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 7,0–8,9) y el 5,9% (IC95%: 4,8–6,1) una glucemia basal alterada.<sup>19</sup> Carmen II estudio realizado en Cienfuegos reporta entre el 2009-2010 un 6.8% de prevalencia de diabetes que al compararla con Carmen I, 2001 aumentó, en este se reporta una prevalencia de 3.3 %, en cuanto al sexo después de los 40 según estudios reportan que es más frecuente en el sexo femenino similar a nuestros resultados.<sup>20</sup> Encontramos mayor frecuencia de hipercolesterolémicos en el sexo femenino; diversos estudios explican que la hipercolesterolemia suele aumentar con la edad y el trastorno es más común en las mujeres que en los hombres, siendo un factor de riesgo importante de enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión arterial.<sup>21</sup>

Consideradas en el mundo y en nuestro país la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular como la primera y tercera causas de muerte, en nuestro estudio se invierte esta relación encontramos mayor frecuencia de antecedentes patológicos personales de enfermedad cerebrovascular seguida por la cardiopatía isquémica, en cuanto al sexo mayor frecuencia en el sexo femenino en el grupo de 40-60 años donde hay un mayor riesgo de estas complicaciones vasculares, en este sexo por coincidir con el periodo premenopáusico y menopáusico, en el grupo etáreo de 61-95 años se presentaron con mayor frecuencia en el sexo masculino, según reportes de la literatura estas enfermedades aumentan con el avance de la edad y en el sexo masculino.<sup>21</sup> Existe un grupo de personas con especial predisposición a desarrollar enfermedades cerebro-vasculares, pues reúne uno o más de los llamados factores de riesgo como son: la edad de 50 años o más, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia, cardiopatías isquémicas, hábito de fumar y obesidad.<sup>22</sup> Un estudio de la OMS reveló que existe una incidencia de 200 casos por 100 000 habitantes y una morbilidad de alrededor de 40 casos por 100 000 habitantes por lo que afecta alrededor del 1% de la población adulta (15 años o más), entre el 4 y el 5% de los mayores de 50 años y entre el 8 y el 10% de las personas de 65 años y más, constituye la tercera causa de defunción después de las enfermedades del corazón y el cáncer en los países desarrollados.<sup>23</sup>

En nuestro estudio la enfermedad renal crónica se presentó en un 8.75% de los casos mayor frecuencia en el sexo femenino y en el grupo de 61-95 años, según reportes de la literatura la

prevalencia de la enfermedad renal crónica en EE. UU en el periodo 1999-2004 aumentó con respecto al periodo 1988-1994 <sup>24</sup> ; este aumento fue debido, en parte, al aumento de la prevalencia de diabetes e hipertensión arterial y suscita preocupación acerca del futuro de la incidencia de la insuficiencia renal y de otras complicaciones de la enfermedad renal crónica. En general, en los estudios epidemiológicos se encuentra que la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) es mayor en las mujeres que en los varones, independientemente de la edad.<sup>25</sup> La enfermedad arterial periférica con una frecuencia de 0.68%, muy similares en ambos sexos y mayor en el grupo etáreo de 40-60 años, esto posiblemente relacionado con una mayor frecuencia de fumadores y de hipertensos, la frecuencia también resulta baja con relación a otros estudios posiblemente por ser una población normoglucémica otro importante factor de riesgo para esta complicación vascular. Se reporta en la literatura que la enfermedad arterial periférica (EAP) afecta a un 15-20% de los sujetos mayores de 70 años,<sup>26</sup> si bien es probable que su prevalencia sea aún mayor si analizamos a los sujetos asintomáticos. La prevalencia de la EAP, tanto sintomática como asintomática, es mayor en varones que en mujeres, sobre todo en la población más joven, ya que en edades muy avanzadas prácticamente no se alcanzan diferencias entre ambos grupos.<sup>27</sup>

## Conclusiones

- ✚ Es una población en su mayoría en etapa media de la vida y del sexo femenino
- ✚ Mayor frecuencia de personas con exposición al humo del tabaco (activos, exfumadores y pasivos), del sexo masculino en la etapa media de la vida y en el femenino en la tercera edad
- ✚ Teniendo en cuenta la circunferencia de la cintura, predominó la categoría de sobrepeso, y la población con alto riesgo vascular, del sexo femenino y en el grupo de 40-60 años de edad
- ✚ Mayor número de hipertensos femeninos y de prehipertensos masculinos en el grupo de 40-60 años de edad
- ✚ Es una población normoglicémica, la diabetes melitus se presentó con mayor frecuencia en el grupo de 40-60 años de edad del sexo femenino
- ✚ Es una población hipercolesterolemica con mayor frecuencia del sexo femenino y en la etapa media de la vida.
- ✚ Mayor frecuencia de antecedentes de enfermedades cerebrovasculares en el sexo femenino en el grupo de 61 y más años.

## Referencias bibliográficas

1. Rohlf I, Borrell C, Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit. 2000;14 (supl 3):60-71.
2. Torres R. Algunos componentes del estado de salud de la mujer cubana. 1990-2001. Trabajo para optar por el título de master en estudios de población. Ciudad de La Habana 2003.

Torres R. Algunos componentes del estado de salud de la mujer cubana. 1990-2001. Trabajo para optar por el título de master en estudios de población. Ciudad de La Habana 2003.

3. López L. Diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer en Cuba. Trabajo para optar por el título de master en estudios de población. Ciudad de La Habana, 2003.
4. Oficina Nacional de Estadísticas. La esperanza o expectativa de vida 2001-2003. Cálculo y análisis por sexo y edades. Edición 2004. pág 64.
5. Oficina Nacional de Estadísticas. Esperanza de vida. Cuba y provincias 2005-2007. Cálculo por sexo y edades. Edición 2008. pág 26.
6. López L, Gran M y Felipe A. Evolución de la fecundidad en Cuba en las últimas cinco décadas. Revista Temas Estadísticos de Salud 2005; 1(2).
7. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(2).
8. Tomas Abadal L, Varas Lorenzo C, Pérez I, Puig T, Balaguer Vintrolá I. Factores de riesgo y morbilidad coronaria con una cohorte laboral mediterránea seguida durante 28 años. Estudio Manresa. Rev Esp Cardiol 2001;54:1146-54.
9. Gran Álvarez M, Torres Vidal R M Téc. Martínez Morales M. Salud y sobrevivencia de la mujer cubana. 1990-2009. Ministerio De Salud Pública De Cuba dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud, la Habana, enero, 2011
10. Nerín de la Puerta I, Guillén Gil D, Más Sánchez A. El tabaquismo como problema de salud pública. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Paudan, 2001; 27-55.
11. Campos Pupo E. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo. Población 10 años y más. Área de Salud del policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez", Ciudad de la Habana, 2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud
12. Dirección Nacional de Registros y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2006. La Habana: MINSAP; 2007.
13. Berdasco A, Romero del Sol J, Jiménez JM. Circunferencia de la cintura en adultos de Ciudad de la Habana como indicador de riesgo de morbilidad, Revista Cubana Aliment Nutr. 2002; 16(1):48-53
14. Dueñas H, A. La hipertensión arterial Revista Cubana de Medicina. 2011;50(3):232-33
15. Dr. Jorge Pablo Alfonso Guerra Prehipertensión: mito o realidad Revista Cubana de Medicina. 2011;50(3):289-01
16. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Pressure. The JNC 7 Report. JAMA. 2003;289:2560-71.
17. Toprak A, Wang H, Chen W, Paul T, Ruan L, Srinivasan S, Berenson G. Prehypertension and black-white contrasts in cardiovascular risk in young adults. Bogalusa Heart Study. Hypertension. 2009;27:243-50.
18. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. Heart disease and stroke statistics-2009 update: a report from the American Heart Association Statistical committee and stroke Statistical Subcommittee. Circulation. 2009 Jan 27;119(3):e21-181
19. Montalbán Gil E, Zorrilla Torras B, Ortiz Marrón H, Martínez Cortés M, Donoso Navarro E, Nogales Aguado P, de la Calle Blasco H, Medrano Alberio M J, Cuadrado Gamarra I. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: estudio PREDIMERC *Gaceta Sanitaria*, 2009; Volume 24, Issue 3, Pages 233-40

20. Dr. Mikhail Benet Rodríguez,(1) Dr. Alain Morejón Giraldoni,(2) Dr. Alfredo Darío Espinosa Brito,(3) Dr. Orestes Orlando Landrove, (4) Dra. Dania Peraza Alejo,(5) Dr. Pedro Ovidio Orduñez García. (6) Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2010; 8(2)
21. Nassif-Hadad, A Pérez P, L. Primer consenso nacional de dislipoproteinemias: Guía para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento. Coordinadores: suplemento, Revista cubana de endocrinología, 2006
22. Baena-Díez JM, Vidal-Solsona M, Byram A, O, González-Casafont I, Ledesma-Ulloa G, Martí-Sans N. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria. Estudio Cohorte Zona Franca de Barcelona *Revista Española de Cardiología*, 2009; Volume 63, Issue 11, Pages 1261-69
23. Buergo Zuaznabar MA. Prevención secundaria de la enfermedad cerebrovascular. Guías de práctica clínica. Enfermedad cerebrovascular. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009
24. Zhang QL, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. *BMC Public Health* 2008;8:117. [[PubMed](#)]
25. Labrador PJ, Mengotti T, Jiménez M, Macías M, Vicente F, Labrador J. Insuficiencia renal oculta en Atención Primaria. ¿Un problema exclusivo de mujeres? *Nefrología* 2007;27:716-20. [[PubMed](#)]
26. Selvin E, Erlinger TP. Prevalence of and risk factors for peripheral arterial disease in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000. *Circulation* 2004;110:738-43
27. Francisco J, Serrano H, Conejero A, M. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(9):969-82