

Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles***Prevalence of risk factors of non-contagious diseases***

Eugenia Rita Marimón Torres¹, Odalys Orraca Castillo², María Caridad Casanova Moreno³, Roberto Paredes Díaz⁴, Maricel Mendoza Ferreiro⁵

¹Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral e Higiene y Epidemiología. Máster en Atención Integral al Niño. Asistente. Jefe de Departamento de Enfermedades no Transmisibles. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Correo electrónico: eugeniarmt@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Inmunología. Máster en Urgencias médicas. Profesora Auxiliar. Hospital Pediátrico Provincial "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: anadalys@princesa.pri.sld.cu

³Especialistas de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en longevidad satisfactoria. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Pinar del Río. Correo electrónico: mcasanovamoreno@infomed.sld.cu

⁴Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Pinar del Río. Correo electrónico: rpd@princesa.pri.sld.cu

⁵Licenciada en Enfermería. Máster en Enfermedades Infecciosas. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología. Pinar del Río. Correo electrónico: maricelme@princesa.pri.sld.cu

Recibido: 10 de enero 2013.

Aprobado: 21 de marzo del 2013.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades no transmisibles son una amenaza para la salud humana y el desarrollo socioeconómico.

Objetivo: estimar la prevalencia de los principales factores de riesgo y afecciones crónicas no transmisibles en el municipio Pinar del Río en el año 2010.

Material y método: se realizó un estudio de prevalencia, el universo estuvo constituido por 148568 individuos de uno u otro sexo, comprendidos entre las edades de 15 a 74 años, y la muestra por 2515 seleccionados a través de un diseño muestral complejo estratificado y por conglomerados polietápico. Para la obtención de la información se utilizó el instrumento diseñado para la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónicas en su versión panamericana STEPS. El procesamiento y análisis de los resultados, se realizó con el paquete estadístico SPSS para el diseño de muestras complejas.

Resultados: la prevalencia de tabaquismo fue de un 23,5 %; bebedores el 19,4%, activos físicamente en el trabajo y tiempo libre el 21,7 %; solo ingerían diariamente frutas, y verduras/hortalizas el 13,8 % y 15,2% respectivamente; el 77,5% usaban

aceite para cocinar y tenían hábito de desayunar el 58,6%; obesos el 16,7 %; hipertensos 34,1 % y diabéticos el 9,9 %, hipercolesterolemia el 11,1% e hipertrigliceridemia el 13,6 %.

Conclusiones: las prevalencias fueron elevadas independientemente del sexo, edad y zona geográfica, siendo superiores a los datos obtenidos en la dispensarización de la provincia del propio año, con mayor incidencia en hombres, excepto hipercolesterolemia, de ahí la importancia de los estudios de vigilancia de factores de riesgo que posibilita una mejor intervención sobre la población.

DeCS: Enfermedades no transmisibles; Factores de riesgo; Vigilancia.

ABSTRACT

Introduction: non-contagious diseases are a threat to the human being health and to the socioeconomic development.

Objective: to estimate the prevalence of the main risk factors and chronic non-contagious affections in Pinar del Rio municipality during 2010.

Material and method: a study of prevalence including a target group of 148 568 subjects of both sexes and ages between 15-74 was conducted, the sample consisted of 2515 subjects chosen by means of a complex stratified design and poly-stage conglomerates. To collect the information an instrument to carry out the surveillance of risk factors of chronic diseases was designed taking into account the Pan-American version (STEPS). The processing and analysis of results were performed using the statistical package SPSS to the design of complex samplings.

Results: the prevalence of smoking was 23,5%; alcohol drinkers 19,4%, physically active at work and free time 21,7%; fruits and vegetables consumers reached only 13,8% and 15,2% respectively; 77,5% used cooking oil, of out them 58,6% had breakfast; obese 16,7%; hypertensive 34,1% with 9,9% of diabetic people; 11,1% suffered from hypercholesterolemia with hypertriglyceridemia (13,6%).

Conclusions: prevalence regarding sex, age and geographical zone was high, and it was superior to the data obtained in a provincial study the same year, the greatest incidence was found in men, except for hypercholesterolemia, thus it is important to conduct studies for the surveillance of risk factors, to make possible a better health intervention in the population.

DeCS: Disease prevention; Risk factors; Public health surveillance.

INTRODUCCIÓN

El mundo necesita respuestas integrales a los complejos problemas que enfrenta. Al transcurrir tres quintas partes del plazo para cumplir con los "Objetivos de Desarrollo del Milenio", la mayoría de los países siguen luchando para mantener un curso de acción que permita alcanzar los resultados deseados.¹

Las enfermedades crónicas o no transmisibles (ENT) son la primera causa de muerte a nivel mundial y generan una importante carga social, económica y de discapacidad². Constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y en Cuba.

Estudios han demostrado que muchas de ellas se pueden prevenir, disminuir su prevalencia o alargar su llegada, si se organizan de manera planificada y

multifactorial un conjunto de acciones para reducirlas.³ Su vigilancia se hace difícil por tres aspectos: el prolongado período de latencia entre el evento precipitante o la exposición y la enfermedad, la etiología multifactorial, y que la vigilancia debe establecerse en varias etapas de la enfermedad.⁴

La emergencia de las ENT como problema de salud pública, fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población. Los determinantes de dicha epidemia tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional.⁵ Se relaciona con diversos factores de riesgo modificables, como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, la obesidad, la hipertensión entre otros.⁶

Desde principios de los años setenta se han desarrollado de manera progresiva sistemas de vigilancia de los factores de riesgo. Las fuentes de información se han basado, en encuestas nacionales de salud, así como el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT), establecido en 1984 por los *Centers for Disease Control and Prevention en Estados Unidos*.⁶

El aumento de la incidencia es consecuencia directa de la mayor prevalencia de los precursores del proceso aterosclerótico, como la hipertensión arterial sistémica, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, los estados disglucémicos y la obesidad. Estas entidades pertenecen al grupo de enfermedades llamadas "de la civilización", resultado de un complejo entramado de alteraciones genéticas cuyo papel patogénico necesita ser expandido por factores de origen ambiental.⁷

En Pinar del Río las ENT ocupan las primeras causas en el cuadro de mortalidad. Al aumentar la esperanza de vida de la población, se incrementan las mismas y otros factores de riesgo relacionados. Por tal motivo se realizó en el año 2010 un estudio para estimar la prevalencia de los principales factores de riesgos y afecciones crónicas no transmisibles.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de prevalencia en el municipio Pinar del Río, durante el año 2010. El universo estuvo constituido por 148568 individuos de uno u otro sexo, comprendidos entre las edades de 15 a 74 años, y la muestra por 2515 seleccionados a través de un diseño muestral complejo, estratificado y por conglomerados polietápico. Considerando la edad y el sexo como estratos y como conglomerados las cuatro áreas de salud y los consultorios seleccionados.

Para la obtención de la información se utilizó el instrumento diseñado para la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónicas en su versión panamericana STEPS (paso a paso), el cual cuenta de tres secciones, la primera recoge información demográfica y del comportamiento: edad, sexo, color de la piel, nivel educacional, actividad laboral, consumo de tabaco, alcohol, dieta y actividad física, además de antecedentes de tensión arterial elevada, diabetes y colesterol elevado; la segunda sección información relacionada con mediciones físicas: estatura, peso, tensión arterial, perímetro de caderas y ritmo cardiaco, y la tercera sección está relacionada con las mediciones bioquímicas: glucemia, colesterol, triglicéridos y creatinina.

Para el análisis y elaboración de los resultados, se procedió al vaciamiento de los datos obtenidos en una tabla por medio del programa de Microsoft Excel, su procesamiento y análisis estadístico a través del diseño de muestras complejas, por

medio del programa SPSS, versión 15, que permitió el cálculo de la prevalencia global y por sexo de cada uno de los factores de riesgo investigados, con un intervalo de confianza de un 95 %.

Consideraciones éticas: Se solicitó consentimiento informado por escrito a todos los sujetos implicados en la investigación y tutores de los casos especiales, previa explicación en qué consiste el estudio, y el carácter no invasivo.

RESULTADOS

El consumo de tabaco fue muy superior en el sexo masculino, mostrando una diferencia altamente significativa ($p < 0,05$). En relación al deseo de abandonar dicho consumo el 78,2 % de los fumadores deseaban abandonarlo, el 75,2 % de los hombres y el 83,4 % de las mujeres, se había recomendado la cesación al 47,4 % y tenían conocimientos sobre la resolución 360 el 87,1 %. La edad media de inicio del consumo fue de 17,2 años, siendo más precoz en el sexo masculino, sin mostrar diferencias significativas. El promedio de cigarrillos consumidos por día fue de 15,4, superior en los hombres, sin diferencias estadísticas significativas.

El 19,4 % de la población investigada fueron bebedores de los últimos 30 días y últimos 12 meses, estadísticamente superior en hombres. Las formas de consumo de alcohol (social, de riesgo, perjudicial y dependencia alcohólica) son estadísticamente superiores en hombres que en mujeres. El promedio de vasos de alcohol consumidos en una ocasión en los últimos doce meses fue de 7,8, muy superior en hombres y con diferencia significativa desde el punto de vista estadístico $p < 0,05$ (Tabla 1).

Tabla 1. Consumo de alcohol y tabaco según sexo. Municipio Pinar del Río. 2010.

Consumo de tabaco y alcohol	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Prevalencia tabaquismo	31	28,3-33,6	17	15-19	23,5	21,8-25,2
Bebedor de últimos 30 días y últimos 12 meses	35	32,2-37,6	5,9	4,6-7,1	19,4	17,9-20,9
Consumo social de alcohol	25,9	23,3-28,4	5,3	4,1-6,5	14,9	13,4-16,2
Consumo de riesgo de alcohol	5,3	4,0-6,7	0,4	0,04-0,7	2,7	2,1-3,3
Consumo perjudicial de alcohol	3,2	2,2-4,3	0,2	0,03-0,5	1,6	1,1-2,1
Dependencia alcohólica	0,5	0,1-0,9	0	-	0,2	0,04-0,4

El consumo diario de frutas, verduras y hortalizas fue muy semejante en uno u otro sexo ($p < 0,05$). El promedio de porciones consumidas de frutas, verduras y hortalizas uno de los días, se encontraron los siguientes resultados: 1,7 porciones de frutas en los hombres y 1,6 en las mujeres, sin mostrar diferencias estadísticas significativas. El consumo de aceite fue superior en mujeres, mientras que los

hombres mostraron mayor hábito de desayunar y de adicionar sal a los alimentos después de procesados. El 21,7 % de las personas investigadas estaban activas en el trabajo y en el tiempo libre, mayor en hombres y en edades más tempranas. (Tabla 2).

Tabla 2. Actividad física y dieta. Municipio Pinar del Río. 2010.

Dieta	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Consumo diario de frutas	14,6	12,5-16,6	13,09	11,2-14,9	13,8	12,4-15,1
Consumo diario de verduras y hortalizas	15,7	13,6-17,8	14,8	12,9-16,8	15,2	13,8-16,7
Uso de aceite vegetal para cocinar	74,7	72,2-77,2	80	77,9-82,2	77,5	75,9-79,2
Hábito de desayunar	61,3	58,5-64,1	56,3	53,6-58,9	58,6	56,7-60,6
Adición de sal a las comidas	12,79	10,8-14,7	8,2	6,7-9,6	10,3	9,1-11,5
Activos físicamente en el trabajo y tiempo libre	31,6	28,9-34,2	13,2	11,3-14,9	21,7	20,1-23,3

El porcentaje de sobrepeso fue semejante en uno u otro sexo, tabla 3. Sin embargo el 16,7% se encontraban obesos, con prevalencia significativamente mayor en mujeres. El porcentaje de hipertensos conocidos fue estadísticamente superior en mujeres, no obstante el porcentaje de incidentes resultó significativamente mayor en los hombres, con una prevalencia global de hipertensión de un 34,1%, superior en mujeres, sin que existieran diferencias significativas en uno y otro sexo.

Tabla 3. Estado nutricional e hipertensión arterial. Municipio Pinar del Río. 2010.

Estado nutricional / presión arterial	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Sobrepeso	30,3	27,7-33,0	29,7	27,2-22,1	29,8	28,1-31,7
Obeso	12,9	11-14,9	20	17,8-22,1	16,7	15,2-18,1
Hipertensos conocidos	24,9	22,4-27,4	31,3	28,8-33,8	28,3	26,6-30,1
Hipertensos nuevos	7,7	6,1-9,2	4,1	3-5,1	5,8	4,8-6,6
Hipertensión arterial global	32,6	29,9-35,2	35,4	32,8-38	34,1	32,2-36

Las mujeres refirieron haber tenido elevada las cifras de glucemia en algún momento de su vida, siendo significativamente superior respecto a los hombres. La incidencia de diabetes fue mayor en el grupo de hombres sin ser estadísticamente significativo. La prevalencia global de diabetes mellitus resultó estadísticamente superior en mujeres $p < 0,05$. En cuanto a los antecedentes de colesterol elevado, las mujeres mostraron mayor porcentaje, similar se constató en estas la mayor incidencia y prevalencia de hipercolesterolemia. El porcentaje de hombres que mostraron cifras de triglicéridos de riesgo o ligeramente elevada y cifras elevadas o patológicas, fue superior, sin que existieran diferencias significativas con el sexo contrario, $p > 0,05$. (Tabla 4).

Tabla 4. Alteraciones metabólicas. Municipio Pinar del Río. 2010.

Alteraciones metabólicas	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Diabéticos conocidos	6,5	5,1-8	9,4	7,9-11,1	8,1	7-9,1
Diabetes nuevos	2	1,2-2,9	1,7	1,1-2,6	1,9	1,4-2,5
Diabetes global	8,5	6,8-10	11,2	9,4-12,8	9,9	8,7-11,1
Hipercolesterolemia conocida	5,2	3,9-6,	9,7	8,1-11,2	7,6	6,5-8,6
Hipercolesterolemia nueva	5,1	3,7-6,1	6,4	4,8-7,3	5,8	4,6-6,4
Hipercolesterolemia actual	9,5	7,7-11,1	12,6	10,7-14,2	11,1	9,8-12,3
Hipertrigliceridemia (riesgo ligero o ligeramente elevado (1,7-2,25mmol/l)	14,3	12,3-16,3	12,7	10,8-14,4	13,4	12,1-14,8
Hipertrigliceridemia (riesgo elevado o patológico (>2,25mmol/l)	15	13-1	12,4	10,6-14,2	13,6	12,3-14,9

DISCUSIÓN

En la *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Argentina año 2009* se constató una prevalencia de tabaquismo de 27,1 %, superior al consumo encontrado en Pinar del Río, coincidente también en hombres.⁸ En el año 2007, el tabaquismo causó 86 % de las defunciones por cáncer de pulmón, 78 % de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 28 % de la mortalidad por cardiopatía isquémica y el 26 % de las defunciones por enfermedad cerebrovascular.⁹

No existen estudios precedentes con igualdad de condiciones en el municipio lo que imposibilita la comparación. Según estudio realizado en Ciudad de la Habana en el año 2007 en el Policlínico "Jorge Luis Ramírez", el 38,2 % de la población eran fumadores activos en el momento de la investigación, con un porcentaje mayor en hombres respecto a las mujeres y el 53,2 % de las personas iniciaban el consumo entre los 16 y 20 años de edad. Constatando una prevalencia superior a la reportada en esta investigación, pero similar a la edad de inicio.¹⁰

Los actuales indicadores globales de alcoholismo en Cuba, reflejan al sumar la prevalencia de abuso y dependencia de alcohol un acercamiento a un 4 % en la población mayor de 15 años, cifra relativamente baja si se compara con otros países del área, aunque existe otro 10 % de habitantes con patrones de consumo alcohólicos no recomendables que los ubica como bebedores de riesgo.¹¹ En trabajo realizado en la Habana en el Reparto Víbora Park a 200 pacientes del CMF-13 del policlínico «Julián Grimau». Se obtuvo un consumo dañino en el 12 % de los hombres, el 15 % un consumo de riesgo y el 22 % un consumo social. Con respecto a las mujeres el 0,5 % tuvo un consumo dañino.¹² Siendo estos resultados superiores a los encontrados en esta investigación.

En Pinar del Río el cultivo del tabaco es un renglón importante de la economía y con este su consumo en la población. Es conocido la ingestión de bebidas alcohólicas en fumadores y viceversa, por lo que en la provincia existen las bases culturales, tradicionales y sociales para el desarrollo de estas conductas nocivas para la salud individual y familiar.

La protección comprobada de las frutas y los vegetales a la salud pudiera provenir del ambiente reductor provocado por los antioxidantes de diferentes solubilidades.¹³ En la *I Encuesta Nacional de Consumo, Gustos y Preferencias Alimentarias* realizada en Cuba en la población mayor de 15 años de edad, el consumo promedio de hortalizas fue de 1,7 porciones¹⁴, lo cual concuerda con el resultado obtenido en Pinar del Río. En la investigación realizada por los autores⁸, el consumo diario de frutas y vegetales fue de 35,7 % y 37,6 % respectivamente, le agregaban sal a los alimentos después de ser procesados el 25,4 % de la población, siendo estos resultados superiores a los obtenidos en Pinar del Río 2010. Resultaron ser activos físicamente el 59,4 % de la población superior al obtenido en Pinar del Río pero con semejanzas en cuanto al comportamiento según sexo y edad.⁸

El porcentaje de nuevos hipertensos en el sexo masculino refleja una menor atención a su salud, y el hecho que el sexo femenino reflejó una prevalencia global de hipertensión superior pudiera estar relacionado con la mayor prevalencia de obesidad lo cual constituye un factor de riesgo importante en la génesis de esta enfermedad. En la *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Argentina año 2009*⁸, el 18% de la población era obesa y el 34,8% hipertensa, de ellos el porcentaje mayor de hipertensos eran mujeres, que coincide con el estudio en Pinar del Río, y el porcentaje de hombres obesos fue superior, que no concuerda con los resultados de esta investigación.

La diabetes y la dislipidemia constituyen factores que influyen en el deterioro de la salud, su influencia negativa está modulada además por factores de comportamiento, como son la dieta y la actividad física, que, a su vez dependen de factores estructurales que incluye: características demográficas de la sociedad, desarrollo económico, coyuntura sociopolítica, educación, cultura y globalización.¹⁵

En estudio realizado en Madrid, España¹⁶, la diabetes mellitus mostró una prevalencia de 8,1%, mayor en hombres y la prevalencia de colesterol elevado fue de 23,2 %, lo que difiere de los resultados obtenidos en esta investigación. Según investigadores el 9,6 % de la población padecía de diabetes mellitus con una prevalencia superior en mujeres, y el 29,1% tenían el colesterol elevado⁸, siendo este último resultado superior al obtenido en Pinar del Río.

El consumo de tabaco, alcohol, el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, dieta inadecuada, la hipertensión arterial, la hiperglucemia e hiperlipoproteinemias mostraron prevalencias elevadas en la población de Pinar del Río independientemente del sexo, edad y zona geográfica. Estas prevalencias aunque se asemejan o difieren, a los reportados en otras investigaciones nacionales e internacionales, mostraron ser superiores a los datos obtenidos en la dispensarización de la provincia del propio año.¹⁷

De ahí la importancia de los estudios de vigilancia de factores de riesgo que posibilita una mejor intervención sobre la población. La mayor incidencia en hombres de las variables estudiadas (excepto el colesterol), denota una menor atención personal a la salud de estos, favoreciendo el diagnóstico tardío de las ENT en los mismos.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de salud: médicos, enfermeras, asistentes, informáticos, laboratoristas, que participaron en la investigación. A los profesores del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología y jefe nacional del programa de Enfermedades no Transmisibles que constantemente asesoraron metodológicamente el trabajo realizado. Así como al Licenciado Michel Martínez Ramos que contribuyó en el análisis estadístico de los resultados obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frenk J, MC, PhD. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. Salud Pública Mex [Internet]. 2007 [citado 2012 Dic 28] 49(1): [aprox 8p.]. Disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s1/05.pdf>
2. Lucumí D, Gutiérrez A, Moreno J, Gómez L, Lagos N, Rosero M et al. Planeación Local para enfrentar el Desafío de las Enfermedades Crónicas en Pasto, Colombia. Rev. Salud Pública [Internet]. 2008 May [citado 2012 Oct 02]; 10(2): [aprox 8p.]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000200015&lng=en
3. Benet Rodríguez M, Morejón Giraldoni A, Espinosa Brito A, Landrove Rodríguez O, Peraza Alejo D, Orduñez García P. Factores de Riesgo para Enfermedades

Crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. MediSur [Internet]. 2010 Abr [citado 2012 Dic 28]; 8(2):[aprox 3p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000200010&lng=es

4. Batista Moliner R, Landrove Rodríguez O, Bonet Gorbea M, Feal Cañizares P, Ramírez M. Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2000 Ago [citado 2012 Dic 28]; 38(2):[aprox 15p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032000000200001&lng=es

5. Córdova-Villalobos J Á, Barriguete-Meléndez J A, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud pública Méx [Internet]. 2008 Oct [citado 2012 Dic 28]; 50(5): [aprox 8p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es

6. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Tobías A, Gandarillas A, Zorrilla B. Vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles mediante encuesta telefónica: resultados de la Comunidad de Madrid en el período 1995-2003. Gac Sanit [Internet]. 2005 Jun [citado 2012 Dic 28]; 19(3): [aprox 12p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000300004&lng=es

7. Lara-Esqueda A, Meaney E, Ceballos-Reyes G M, Asbun-Bojalil J, Ocharán-Hernández M E, et al. Factores de riesgo cardiovascular en población femenina urbana de México. El estudio FRIMEX IIa [Internet]. 2007 [citado 2012 Dic 28]; 18(1): [aprox 10p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2007/h071e.pdf>

8. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. [Internet]. 2011 Mar [citado 2012 Dic 28]; 2(6): [aprox 7p.]. Disponible en: http://www.municipios.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales/encuesta_factores_riesgo_2009.pdf

9. Suárez Lugo N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 Mar [citado 2012 Dic 28]; 37(1):[aprox 5p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100010&lng=es

10. Suárez Lugo N, Campos Pupo E. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico «Dr. Jorge Ruiz Ramírez». Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 Jun [citado 2012 Dic 28]; 36(2): [aprox 6p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200005&lng=es

11. Martínez Leiva A, Castillo Rojas L, Guevara Sanabria M, Gutiérrez Villa N, Perdomo Gómez A. Caracterización socio-psicológica de los pacientes del grupo de ayuda mutua de alcoholismo en el municipio Morón. MEDICIEGO [Internet]; 2010 [citado 2013 Mar 6]; 16(Supl. 1) [aprox 7p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/pdf/t5.pdf

12. Brito Sosa G, Iraizoz Barrios A M, Albuquerque Fernández F. Pesquisa de alcoholismo y análisis bioético del daño que representa en una población cubana. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Sep [citado 2013 Mar 06]; 27(3): [aprox.12p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300006&lng=es
13. Ministerio de Salud Pública. Guías Alimentarias para la población cubana mayor de 2 años de edad. La Habana: Instituto de Nutrición e Higiene de los alimentos; 2009.
14. Martín G IC, Mercader C OA, Macías MC. INTERVENCIONES PARA PROMOVER EL CONSUMO DE HORTALIZAS Y FRUTAS EN CUBA. Rev. chil. nutr. [Internet].2006 Oct [citado 2012 Dic 14].33 (1): [aprox9p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000300014&lng=es
15. Fuster V, Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica) [Internet].2010 Oct [citado 2012 Oct 02]; 65(2): [aprox 5p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/un-problema-alarmante-prevencion-secundaria/articulo/90151726/>
16. Gil Montalbán E, Zorrilla Torras B, Ortiz Marrón H, Martínez Cortés M, Donoso Navarro E, Nogales Aguado P et al. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: estudio PREDIMERC. Gac Sanit [Internet]. 2010 Jun [citado 2012 Oct 02]; 24(3): [aprox 7p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000300010&lng=es
17. Marrero Piñeiro AL. Anuario estadístico Pinar del Río 2010. Pinar del Río: Dirección Provincial de Salud Pública; 2010.

Para correspondencia:

Dra. Eugenia Rita Marimón Torres. Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral e Higiene y Epidemiología. Máster en Atención Integral al Niño. Asistente. Jefe de Departamento de Enfermedades no Transmisibles. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Correo electrónico: eugeniarmt@princesa.pri.sld.cu
