

Región de Murcia

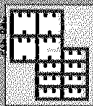
Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales

Dirección General de Salud y Consumo

SERIE **20**
INFORMES

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN LA REGION DE MURCIA 1992





Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales

Dirección General de Salud y Consumo

SERIE
INFORMES 20

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN LA REGION DE MURCIA 1992

R. 4954

CENTRO DE DOCUMENTACION	
CONSEJERIA DE SANIDAD	
Unidad	0100
Registro	01010:4954

EDITA:



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales

Dirección General de Salud y Consumo

Ronda de Levante, 11
30.008 Murcia.
Telf. 36 20 00

IMPRESION:

A.G. Novograf. S.A.

FOTOCOMPOSICION:

S.G. Formato S.A.

FOTO PORTADA:

Paco Salinas.

DEPOSITO LEGAL:

MU-1167-1995

I.S.B.N:

84-87686-67-2

Impreso en papel 100% reciclado

RESPONSABLES DE LA EDICIÓN

María José Tormo Díaz.
Carmen Navarro Sánchez.

EQUIPO DE TRABAJO

María José Tormo Díaz (Dirección y coordinación del proyecto), Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

María Dolores Chirlaque López, Coordinación del trabajo de campo, Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Murcia.

Domingo Pérez Flores, Selección de la muestra y colaboración en metodología estadística, Profesor titular de Bioestadística, Facultad de Medicina de Murcia.

Iñaki Moreno Sueskun, Diseño del cuestionario de actividad física, Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Murcia.

Ángeles Aragón Martínez, Recogida y procesamiento de muestras, Asistencia técnica en la preparación del documento, Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Murcia.

Joaquín Cánovas Conesa, Recogida y procesamiento de muestras, Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Murcia.

ASESORÍA ESTADÍSTICA

Mukund Nargundkar, Assistant Director, Special Surveys Division Statistics, Health & Welfare, Ottawa, Canada.

Marc Sáez Zafra, Profesor titular de Econometría, Departamento de Economía, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

TRABAJO ADMINISTRATIVO

Gertrudis Sánchez y Mari Carmen Martín, Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Murcia.

ASESORES TÉCNICOS

José Abellán Alemán, Centro de Salud de Molina de Segura, Murcia.

José Joaquín Antón Botella, Centro de Atención Primaria, Santomera, Murcia.

Rafael Gomis Cebrián, Plan de Salud de la Región de Murcia, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Murcia.

José Jesús Guillén Pérez, Dirección Área de Salud, Cartagena, Murcia.

Lauro Hernando Arizaleta, Dirección de Programas de Salud, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Murcia.

Pedro Martínez Hernández, Servicio de Análisis Clínicos, Hospital "Virgen de la Arrixaca", Murcia.

Bernardino Párraga Sánchez, Dirección Área de Salud, Lorca, Murcia.

José María Sánchez de Toro Larios, Centro de Atención Primaria, Barrio del Carmen, Murcia.

Francisco Javier Tébar Massó, Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital "Virgen de la Arrixaca", Murcia.

Manuel Villegas García, Servicio de Cardiología, Hospital "Virgen de la Arrixaca", Murcia.

PARCIALMENTE FINANCIADA

Ayuda a la investigación, Orden de 27 de diciembre de 1990 (B.O.R.M. 11 de enero de 1991) de la Consejería de Sanidad de Murcia.

Ayuda al Proyecto de Investigación expediente 92/0902, Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

ÍNDICE

	Pág.
Prólogo	9
Presentación	11
Agradecimientos	13
Índice de Tablas	15
Índice de Gráficos	23
Abreviaturas	27
Resumen	29
Introducción	31
Objetivos	33
Encuesta	35
Metodología	35
Diseño y selección de la muestra	35
Elegibilidad de la muestra, respuesta y no respuesta: criterios de exclusión	36
Cálculo de pesos muestrales:	36
para recomponer la estructura de la población original	36
para estandarización de los parámetros	36
Error muestral	37
Cuestionario	37
Cuestionario de actividad física reciente	37
Mediciones	38
Tensión arterial	38
Antropometría: Peso y Talla	38
Lípidos plasmáticos	38
Entrenamiento	38
Trabajo de campo	38
Control de calidad	38
Validación del cuestionario de actividad física	38
Programa de entrenamiento, evaluación y seguimiento en las mediciones de la tensión arterial	39
Lípidos plasmáticos	39
Programa de control de calidad de los cuestionarios	39
Lista de condiciones de ejecución del trabajo de campo	39
Encuesta telefónica a una muestra de no respuesta	39
Definición de factores de riesgo	40
Análisis de datos	40
Aspectos éticos	40
Análisis e interpretación de resultados	43
Resultados más importantes y conclusiones	43
Tasa de respuesta	53
Consumo de tabaco	53
Tensión arterial elevada	55
Lípidos plasmáticos	56
Sobrepeso y obesidad	58
Actividad deportiva vigorosa	59

Enfermedades cardiovasculares previas	60
Múltiples factores de riesgo	61
Factores socioeconómicos: nivel educativo	61
Recomendaciones	63
Bibliografía	65
Tablas de Resultados	71
Anexos	167
1. Cuestionario	169
2. Entrevista telefónica	181
3. Protocolo de ejecución del trabajo de campo: Lista de condiciones	182

CONTENTS

	Pág.
Foreword*	10
Introductory remarks*	12
Acknowledgments*	14
Index of Tables*	19
List of Figures*	25
Acronyms*	28
Summary*	30
Introduction	32
Objectives	34
Survey	35
Methodology	35
Design and sample selection	35
Eligibility, response and non response: exclusion criteria	36
Sampling weights calculation:	36
for accurate rebuilding of the original population structure	36
for parameters standardization	36
Sampling error	37
Questionnaire	37
Recent physical activity questionnaire	37
Measurements	38
Blood pressure	38
Anthropometry: Body weight and height	38
Serum lipids	38
Interviewers' Training	38
Field work	38
Quality Control	38
Physical activity questionnaire validation	38
Program of training, evaluation and follow-up of blood pressure measurements	39
Serum lipids	39
Questionnaire's quality control program	39
Check-list of field work conditions	39
Phone survey to a sample of non responders	39
Definitions of risk factors	40
Methods of data analysis	40
Ethical considerations	40
Presentation and discussion of results	49
Summary of the main results and conclusions*	49
Response rate	53
Smoking	53
Blood pressure	55
Serum lipids	56
Overweight and obesity	58
Conditioning physical activity	59

Previous cardiovascular diseases	60
Multiple risk factors	61
Socioeconomic factors: educational level	61
Recommendations	63
Bibliography	65
Tables of results	71
Appendices	167
1. Questionnaire	169
2. Phone survey	181
3. Check-list of field work conditions	182

* This headings are English - translated.

El principal objetivo de investigación en prevención primaria del Grupo de Expertos sobre Enfermedades Cardiovasculares, que orientó los objetivos específicos del Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996, fue conocer la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular, tanto en la población adulta como en la infantil. En adultos, este objetivo ha sido ampliamente alcanzado con la riqueza de información generada por la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular de la Región de Murcia, 1992. Me gustaría resaltar la importancia que tiene, en términos de política sanitaria, el conocimiento de la fracción de población que presenta al menos un factor de riesgo cardiovascular o el peso que aisladamente o en combinación puede atribuírsele a cada factor. Así, en la población de la Región de Murcia, la principal estrategia para el control de los determinantes de las enfermedades cardiovasculares es la disminución del consumo habitual de cigarrillos en la población. Esta medida aislada podría reducir la prevalencia de población adulta con al menos un factor de riesgo a la mitad. Paralelamente, se ha avanzado en el diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión y, el perfil lipídico poblacional presenta una situación aventajada en comparación a otras zonas del Estado español por no mencionar la situación en otros países del norte y centro Europa.

La reducción de la prevalencia del consumo de tabaco no va a ser efectiva hasta que su publicidad sea eliminada. Las actuaciones que desde las ad-

ministraciones autonómicas se pueden realizar son limitadas. Por tanto, como responsable de la política sanitaria de la Región de Murcia, participo en la opinión compartida por diferentes sociedades científicas y profesionales sobre la urgencia del control de la publicidad del tabaco.

Por otra parte, como comunidad, a través de la información del trabajo que aquí se presenta junto con la que se está obteniendo en escolares sobre dieta y la que se tiene prevista obtener mediante la monitorización del infarto agudo de miocardio, estamos en una privilegiada posición para abordar la investigación y la prevención cardiovascular.

Este trabajo ha contado con la colaboración de un conjunto importante y variado de personas. Los responsables sanitarios de los municipios donde se realizó la encuesta proporcionaron locales y medios técnicos, los profesionales sanitarios facilitaron la labor del equipo investigador, los asesores orientaron las líneas maestras del trabajo y la población participante generosamente contribuyó al éxito de la encuesta. Mi sincero reconocimiento a este trabajo coral. Por último, agradecer a la Dra. Sylvie Stachenko, Directora de los Servicios Preventivos del Ministerio de Salud y Bienestar canadiense y a su equipo técnico por el continuo intercambio de ideas a partir de su experiencia en la Canadian Heart Survey.

Lorenzo Guirao Sánchez

*Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales
de la Región de Murcia*

FOREWORD

The main objective of research in primary prevention of the Committee of Experts on Cardiovascular Diseases which pointed out the specific aims of the Health Plan of the Region of Murcia 1993-1996 was to better understand the prevalence of principal cardiovascular risk factors both in the adult and infant population. This goal has been amply reached with a multitude of information assessed by the Cardiovascular Risk Factors Survey of the Region of Murcia, 1992. I would like to emphasize the importance that is carried, in terms of health policy, in the knowledge of just what fraction of the population has at least one cardiovascular risk factor or the weight that, isolated or in combinations, can be attributed to each factor. In as such, in the population of Region of Murcia, the main strategy for controlling the causes of cardiovascular diseases is the decrease of habitual cigarette use in the population. This move alone could reduce by half the presence of at least one risk factor in the adult population. Equally, advances in the diagnosis, treatment and control of hypertension besides the lipid profile of the population present an advantage in comparison to other areas of Spain not to mention the situation in other countries of Northern or Central Europe.

The reduction of cigarette smoking isn't going to be effective until tobacco advertising is eliminated. Any actions that the local governments can take

are limited. Therefore, as responsible for health policy in the Region of Murcia, I share the opinion of various professional and scientific societies which urge the control of tobacco advertising.

At the same time, as a community, through the information presented here in this study together with that which is collected in schools on diet and information which is being gathered from the monitoring of heart attack cases, we are in a privileged position to carry out the investigation and the prevention of cardiovascular problems.

This work would not have been possible without the collaboration of many varied individuals. Hard working healthcare workers from the areas where the survey was given, professionals in the health services making possible the work of the investigative teams, advisors mapping out the guidelines of the work and, of course, the participating public. All generously gave time and contributed to the success of this survey. My sincerest acknowledgment is given to all these individuals. Lastly my thanks to Dr Sylvie Stachenko, Director of Preventive Health Services of Health and Welfare, Ottawa, Canada and to her technical team for the continual sharing of ideas from their experience in the Canadian Heart Survey.

Lorenzo Guirao Sánchez

*Minister of Health and Social Affairs
Autonomous Community of Murcia*

Las enfermedades cardiovasculares son, y serán en el futuro próximo, la principal causa de muerte en España y sus respectivas Comunidades Autónomas, especialmente al entrar en las últimas décadas de la vida.

Según se recoge en la Declaración de Victoria, como resumen de los contenidos de la Conferencia Internacional de Salud Cardiovascular, "las enfermedades cardiovasculares son evitables en gran medida. La mayor parte de ellas se producen por alguna combinación de los siguientes factores: Tabaquismo, hipertensión arterial, colesterol sanguíneo elevado, hábitos de vida poco saludables, obesidad, estilo de vida sedentario y el estrés psicosocial. Sobre estos factores de riesgo modificables se puede y se debe actuar para que disminuya la mortalidad cardiovascular".

Los factores de riesgo cardiovascular pueden definirse como aquellos signos biológicos o hábitos adquiridos que se hallan con mucha mayor frecuencia en sujetos que han presentado o presentan enfermedades cardiovasculares, en comparación al resto de la población que no los presenta.

En la actualidad, nadie duda que la prevención es el arma más eficaz en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares, y ello conlleva la elimi-

nación o modificación de los factores de riesgo. En esta lucha, es indispensable conocer la magnitud del problema que se nos plantea y así fue señalado por el Comité de Expertos en Enfermedades Cardiovasculares, al objeto de dar cumplimiento al Objetivo 3 del Plan de Salud de la Región de Murcia.

Los investigadores en el campo de la salud, gestores y administradores sanitarios, epidemiólogos y médicos clínicos, necesitan continuamente información cuantitativa y cualitativa sobre los distintos problemas de salud pública para identificar y evaluar factores de riesgo, llevar a cabo las actividades propias de la vigilancia epidemiológica y la planificación sanitaria, y enmarcar las decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas en un determinado contexto sociosanitario, todo ello con el fin de mejorar el conocimiento y la calidad de la asistencia que se proporciona.

Con este documento entendemos que podemos ofrecer una información fidedigna y adaptada a nuestra Región capaz de crear las bases adecuadas para la realización de programas de intervención y promoción de la salud cardiovascular.

Rafael González Tovar

Director General de Salud y Consumo

INTRODUCTORY REMARKS

Cardiovascular diseases are and will continue to be in the near future, the main cause of death in Spain and its Autonomous Communities, especially as people become older.

According to the contents of the Declaration of Victoria, which summarized the ideas of the International Conference of Cardiovascular Health, "cardiovascular illnesses are avoidable to a great degree. The majority are produced by some combination of the following factors: smoking, high blood pressure, high blood serum cholesterol, unhealthy eating habits, obesity, sedentary lifestyle and psychological stress. When dealing with these risks, which are within our understanding and which are changeable, things can and must be done in order to decrease cardiovascular death".

The cardiovascular risk factors can be defined as those biological signs or acquired habits which are found frequently in people who have presented or who present cardiovascular diseases, in comparison to the rest of the population which doesn't present these signs.

In reality, nobody doubts that prevention is the most effective method in this fight against cardiovascular disease, leading towards the elimination or modification of risk factors. In this

battle, it is necessary to understand the magnitude of the problem which we have, and in as much, this was pointed out by the Committee of Experts on Cardiovascular Diseases, with the purpose of achieving objective 3 of the Health Plan of the Region of Murcia.

Investigators in the health field, managers and health administrators, epidemiologists and medical clinicians, all continually need quantitative as well as qualitative information on the different problems of public health in order to identify and evaluate risk factors, to carry out the recommended activities of epidemiological surveillance and health planning and in framing the clinical, diagnostic and therapeutic decisions in a social health context, all of which lead to an improvement in understanding and services available.

With this document we know that we are able to offer information which is both reliable and adapted to our region and which allows for the creation of an adequate base from which to design programs of intervention and promotion of cardiovascular health.

Rafael González Tovar

Director of Health and Consumption

AGRADECIMIENTOS

Juan A. Gómez Gerique, Servicio de Bioquímica Clínica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, por su asesoría sobre las diferentes fracciones lipídicas.

Sylvie J. Stachenko y Andrés Petrasovits, Preventive Health Services, Health and Welfare, Ottawa, Canada, y a su equipo por la discusión de aspectos metodológicos de la encuesta.

Enrique Ayuso Giner, Sección Bioquímica Clínica, Departamento de Análisis Clínicos, Hospital "Virgen de la Arrixaca", Murcia, por facilitar las instalaciones para las determinaciones analíticas.

Fernando Rodríguez Artalejo y José Ramón Banegas Banegas, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, por la cuidadosa revisión del manuscrito y las matizaciones sugeridas.

Lluís Cirera Suárez, Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por sus sugerencias sobre factores socioeconómicos y desigualdades.

Nuestro agradecimiento a todos estos destacados profesionales, eximiéndoles de cualquier responsabilidad en el resultado final de la obra.

Nuestro agradecimiento a todos los participantes, a los coordinadores y personal sanitario de los centros de salud, Dirección Provincial del INSALUD y gerencias de atención primaria, ayuntamientos, asociaciones de vecinos y otras asociaciones ciudadanas que desinteresadamente hicieron posible la realización del estudio.

ACKNOWLEDGMENT

Juan A Gómez-Gerique, Service of Clinic Biochemistry, Jiménez Díaz Foundation, Madrid, for his advice on the different lipid types.

Sylvie J Stachenko and A Petrasovits, Preventive Health Services, Health and Welfare, Ottawa Canada for the discussion on methodological aspects of the survey.

Enrique Ayuso, Biochemical Clinic Section, Department of Clinical Analysis, Hospital "Virgen de la Arrixaca" for providing the equipment for the analytical findings.

Fernando Rodríguez-Artalejo and Jose Ramon Banegas-Banegas, Department of Preventive Medicine and Public Health, University Autonoma of Madrid, for their careful revision of the manuscript and the points they suggested.

Lluís Cirera Suárez, Epidemiology Service, Murcia Regional Health and Social Affaires Council, for his suggestions on socioeconomic factors and inequalities.

Many thanks to all these outstanding professionals, exempting them from any responsibility in the final result of the study.

Our sincerest thanks to all the participants, to the coordinators and health workers in the centers of healthcare, to the Direction Provincial of the INSALUD (National Institute of Health), the primary health care management units, city governments, community associations and many other local groups which selflessly made possible this study.

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

1. MATERIAL Y MÉTODOS

1 Factores de Riesgo Cardiovascular: Niveles y definiciones.....	41
--	----

2. TASA DE RESPUESTA

2.1 Tasa de respuesta (%) por sexo y grupos de edad: Muestra elegible, negativas, cuestionarios cumplimentados y muestras séricas. Total Regional.....	75
2.2 Tasa de respuesta (%) por sexo y grupos de edad: Muestra elegible, negativas, cuestionarios cumplimentados y muestras séricas. Área I: Murcia.....	75
2.3 Tasa de respuesta (%) por sexo y grupos de edad: Muestra elegible, negativas, cuestionarios cumplimentados y muestras séricas. Área II: Cartagena.....	76
2.4 Tasa de respuesta (%) por sexo y grupos de edad: Muestra elegible, negativas, cuestionarios cumplimentados y muestras séricas. Área III: Lorca.....	76
2.5 Tasa de respuesta (%) por sexo y grupos de edad: Muestra elegible, negativas, cuestionarios cumplimentados y muestras séricas. Área IV: Noroeste.....	77
2.6 Tasa de respuesta (%) por sexo y grupos de edad: Muestra elegible, negativas, cuestionarios cumplimentados y muestras séricas. Área V: Altiplano.....	77
2.7 Tasa de respuesta (%) por sexo y grupos de edad: Muestra elegible, negativas, cuestionarios cumplimentados y muestras séricas. Área VI: La Vega del Segura.....	78

3. CONSUMO DE TABACO

3.1 Prevalencia (%) de consumo de tabaco por sexo y grupos de edad.....	81
3.2 Distribución (%) de fumadores habituales de cigarrillos según cantidad consumida en la actualidad y cantidad media por sexo y grupos de edad.....	81
3.3 Edad media en años de inicio en el consumo de cigarrillos y percentiles por sexo y grupos de edad.....	82
3.4 Prevalencia (%) de consumo de cigarrillos por áreas de salud y grupos de edad en hombres....	83
3.5 Prevalencia (%) de consumo de cigarrillos por áreas de salud y grupos de edad en mujeres....	84
3.6 Prevalencia (%) de consumo de cigarrillos según tipo de residencia por sexo y grupos de edad....	85
3.7 Aspectos del consumo de tabaco: prevalencia (%) estandarizada por edad según sexo.....	85
3.8 Prevalencia (%) estandarizada por edad de múltiples factores de riesgo cardiovascular en fumadores habituales según sexo.....	86
3.9 Prevalencia de uso de anticonceptivos orales según consumo de tabaco por grupos de edad en mujeres.....	87

4. TENSIÓN ARTERIAL

4.1 Tensión arterial sistólica media en mm. Hg. y percentiles por sexo y grupos de edad.....	91
4.2 Tensión arterial diastólica media en mm. Hg. y percentiles por sexo y grupos de edad.....	91
4.3 Distribución de la población (%) según intervalos de 10 mm. Hg. de tensión arterial sistólica por sexo y grupos de edad.....	92
4.4 Distribución de la población (%) según intervalos de 10 mm. Hg. de tensión arterial diastólica por sexo y grupos de edad.....	92
4.5 Prevalencia (%) de tensión arterial normal, hipertensión arterial límite y definida según sexo y grupos de edad.....	93
4.6 Prevalencia (%) de hipertensión arterial sistólica aislada según sexo y grupos de edad.....	93
4.7 Prevalencia (%) de hipertensión arterial según niveles de tensión diastólica (mm. Hg.) por sexo y grupos de edad.....	94

4.8	Distribución (%) de hipertensos según grado de tratamiento y control por sexo y grupos de edad.....	94
4.9	Distribución (%) de la población hipertensa según tipo de tratamiento para la hipertensión arterial por sexo y grupos de edad.....	95
4.10	Prevalencia (%) de las personas a las que alguna vez un médico les ha dicho que tienen la tensión arterial elevada según sexo y grupos de edad.....	95
4.11	Prevalencia (%) de hipertensión arterial límite y definida por sexo, áreas de salud y grupos de edad.....	96
4.12	Prevalencia (%) de hipertensión arterial límite y definida según sexo, tipo de residencia y grupos de edad.....	97
4.13	Prevalencia (%) estandarizada por edad de múltiples factores de riesgo cardiovascular según sexo y niveles de tensión arterial.....	98

5. LÍPIDOS PLASMÁTICOS

5.1	Colesterol total (mg./dl.) medio y percentiles por sexo y grupos de edad.....	101
5.2	HDL-Colesterol (mg./dl.) medio y percentiles por sexo y grupos de edad.....	101
5.3	Triglicéridos (mg./dl.) medios y percentiles por sexo y grupos de edad.....	102
5.4	Distribución (%) poblacional según categorías de colesterol sérico total (mg./dl.) por sexo y grupos de edad.....	102
5.5	Distribución (%) poblacional según categorías de triglicéridos séricos (mg./dl.) por sexo y grupos de edad.....	103
5.6	Prevalencia (%) de colesterol sérico elevado, según Áreas de Salud, por sexo y grupos de edad.....	104
5.7	Prevalencia (%) de colesterol sérico elevado (mg./dl.) según tipo de residencia por sexo y grupos de edad.....	105
5.8	Distribución (%) de población a las que un médico les ha dicho que tienen el colesterol sérico elevado según áreas de salud por sexo y grupos de edad.....	105
5.9	Distribución (%) de población en tratamiento farmacológico, dietético o ambos debido al colesterol sérico elevado, según áreas de salud por sexo y grupos de edad.....	106
5.10	Frecuencia (%) de diferentes tipos de tratamientos hipolipemiantes por sexo y grupos de edad.....	106
5.11	Prevalencia (%) estandarizada por edad de múltiples factores de riesgo cardiovascular según niveles de colesterol sérico por sexo.....	107

6. SOBREPESO Y OBESIDAD

6.1	Distribución (%) del índice de masa corporal (I.M.C.) medio y percentiles por sexo y grupos de edad.....	111
6.2	Prevalencia (%) de peso normal, sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida según la Clasificación de Consenso Italiano y la Clasificación de Garrow por sexo y grupos de edad....	111
6.3	Prevalencia (%) de sobrepeso u obesidad límite y obesidad definida según sexo, áreas de salud y grupos de edad.....	112
6.4	Prevalencia (%) de sobrepeso u obesidad límite y obesidad definida según sexo, tipo de residencia y grupos de edad.....	113
6.5	Prevalencia (%) estandarizada por edad de múltiples factores de riesgo cardiovascular en población normoponderal con sobrepeso u obesidad límite y obesidad definida según sexo..	114
6.6	Prevalencia (%) de diabetes declarada según índice de masa corporal por sexo y grupos de edad.....	115
6.7	Prevalencia (%) de hipertensión arterial definida según índice de masa corporal por sexo y grupos de edad.....	115

7. ACTIVIDAD DEPORTIVA

7.1	Kilocalorías/día de gasto energético medio por actividad física de tiempo libre y percentiles según sexo y grupos de edad.....	119
7.2	Kilocalorías/día de gasto energético medio por actividad física vigorosa (≥ 6 M.E.T.) de tiempo libre y percentiles según sexo y grupos de edad.....	119
7.3	Duración media en horas de actividad física vigorosa (≥ 6 M.E.T.) de tiempo libre y percentiles según sexo y grupos de edad.....	120
7.4	Distribución (%) poblacional según realización de actividad física vigorosa (≥ 6 M.E.T.) de tiempo libre por sexo y grupos de edad.....	120
7.5	Prevalencia (%) de actividad física vigorosa (≥ 6 M.E.T.) de tiempo libre según áreas de salud por sexo y grupos de edad.....	121
7.6	Prevalencia (%) de actividad física vigorosa (≥ 6 M.E.T.) de tiempo libre según tipo de residencia por sexo y grupos de edad.....	122
7.7	Prevalencia (%) estandarizada por edad de múltiples factores de riesgo cardiovascular según cantidad de actividad física vigorosa (≥ 6 M.E.T.) de tiempo libre por sexo.....	123

8. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PREVIAS

8.1	Prevalencia (%) poblacional de enfermedades cardiovasculares previas por sexo y grupos de edad.....	127
8.2	Prevalencia (%) estandarizada por edad de múltiples factores de riesgo cardiovascular según existencia de enfermedades cardiovasculares previas por sexo.....	127

9. MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO

9.1	Distribución (%) poblacional según el número de principales factores de riesgo cardiovascular por sexo y grupos de edad.....	131
9.2	Distribución (%) poblacional según el número de principales factores de riesgo cardiovascular por áreas de salud, sexo y grupos de edad.....	132
9.3	Distribución (%) poblacional según combinaciones de los principales factores de riesgo cardiovascular por sexo y grupos de edad.....	133
9.4	Distribución (%) de hombres según combinaciones de principales factores de riesgo cardiovascular por áreas de salud y grupos de edad.....	134
9.5	Distribución (%) de mujeres según combinaciones de principales factores de riesgo cardiovascular por áreas de salud y grupos de edad.....	135
9.6	Prevalencia (%) estandarizada por edad de combinaciones de los principales factores de riesgo cardiovascular según sexo y niveles de índice de masa corporal (I.M.C.).....	136
9.7	Prevalencia (%) estandarizada por edad de combinaciones de los principales factores de riesgo cardiovascular según sexo y actividad física vigorosa (A.F.V.).....	136
9.8	Prevalencia (%) estandarizada por edad de combinaciones de los principales factores de riesgo cardiovascular según tipo de residencia y sexo.....	137

10. FACTORES SOCIOECONÓMICOS: NIVEL EDUCATIVO Y OCUPACIÓN

10.1	Prevalencia (%) de consumo de cigarrillos según nivel educativo, sexo y grupos de edad.....	141
10.2	Prevalencia (%) de consumo de cigarrillos según ocupación, sexo y grupos de edad.....	142
10.3	Prevalencia (%) de hipertensión arterial límite y definida según sexo, nivel educativo y grupos de edad.....	143
10.4	Prevalencia (%) de hipertensión arterial límite y definida según sexo, ocupación y grupos de edad.....	144
10.5	Prevalencia (%) de colesterol sérico elevado (mg/dl) según nivel educativo por sexo y grupos de edad.....	145
10.6	Prevalencia (%) de colesterol sérico elevado (mg/dl) según ocupación, sexo y grupos de edad.....	146

10.7	Prevalencia (%) de sobrepeso u obesidad límite y obesidad definida según sexo, nivel educativo y grupos de edad.....	147
10.8	Prevalencia (%) de sobrepeso u obesidad límite y obesidad definida según sexo, ocupación y grupos de edad.....	148
10.9	Prevalencia (%) de actividad física vigorosa (≥ 6 M.E.T.) de tiempo libre según nivel educativo por sexo y grupos de edad.....	149
10.10	Prevalencia (%) de actividad física vigorosa (≥ 6 M.E.T.) de tiempo libre según ocupación, por sexo y grupos de edad.....	150
10.11	Prevalencia (%) estandarizada por edad de combinaciones de los principales factores de riesgo cardiovascular según sexo y nivel educativo.....	151

11. COEFICIENTES DE VARIACIÓN

11.1	Consumo de tabaco por sexo y grupos de edad: coeficientes de variación (%).....	155
11.2	Fumadores habituales de cigarrillos según cantidad consumida en la actualidad por sexo y grupos de edad: coeficientes de variación (%).....	155
11.3	Múltiples factores de riesgo cardiovascular en fumadores habituales de cigarrillos según sexo: coeficientes de variación (%).....	156
11.4	Tensión arterial normal, hipertensión arterial límite y definida según sexo y grupos de edad: coeficientes de variación (%).....	157
11.5	Hipertensos según grado de tratamiento y control por sexo y grupos de edad: coeficientes de variación (%).....	157
11.6	Múltiples factores de riesgo cardiovascular según sexo y niveles de tensión arterial: coeficientes de variación (%).....	158
11.7	Categorías de colesterol sérico total por grupos de edad y sexo: coeficientes de variación (%).....	159
11.8	Categorías de triglicéridos séricos por grupos de edad y sexo: coeficientes de variación (%).....	159
11.9	Múltiples factores de riesgo cardiovascular según sexo y niveles de colesterol sérico: coeficientes de variación (%).....	160
11.10	Peso normal, sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida según la clasificación de Garrow por grupos de edad: coeficientes de variación (%).....	161
11.11	Múltiples factores de riesgo cardiovascular en población normoponderal, con sobrepeso límite y obesidad definida según sexo: coeficientes de variación (%).....	162
11.12	Realización de actividad física vigorosa (≥ 6 M.E.T.) por grupos de edad y sexo: coeficientes de variación (%).....	163
11.13	Múltiples factores de riesgo cardiovascular según sexo y actividad física vigorosa de tiempo libre: coeficientes de variación (%).....	164
11.14	Número de principales factores de riesgo cardiovascular por grupos de edad y sexo: coeficientes de variación (%).....	165
11.15	Combinaciones de los principales factores de riesgo cardiovascular por sexo y grupos de edad: coeficientes de variación (%).....	165

INDEX OF TABLES

Pág.

1. POPULATION AND METHODS

Table 1 Cardiovascular Risk Factors: Levels and definitions.	41
---	----

2. RESPONSE RATE

2.1 Response rate (%) by gender and age groups: Eligible population, refusals, completed questionnaires and blood samples. Total Region.	75
2.2 Response rate (%) by gender and age groups: Eligible population, refusals, completed questionnaires and blood samples. Area I: Murcia.	75
2.3 Response rate (%) by gender and age groups: Eligible population, refusals, completed questionnaires and blood samples. Area II: Cartagena.	76
2.4 Response rate (%) by gender and age groups: Eligible population, refusals, completed questionnaires and blood samples. Area III: Lorca.	76
2.5 Response rate (%) by gender and age groups: Eligible population, refusals, completed questionnaires and blood samples. Area IV: Noroeste.	77
2.6 Response rate (%) by gender and age groups: Eligible population, refusals, completed questionnaires and blood samples. Area V: Altiplano.	77
2.7 Response rate (%) by gender and age groups: Eligible population, refusals, completed questionnaires and blood samples. Area VI: La Vega del Segura.	78

3. SMOKING

3.1 Prevalence (%) of tobacco smoking by gender and age groups.	81
3.2 Prevalence (%) of current cigarette smokers by amount smoked currently and mean amount smoked by gender and age group.	81
3.3 Mean age (yrs) since starting to smoke cigarettes and percentiles by gender and group of age.	82
3.4 Prevalence (%) of current cigarette smoking by health areas and age groups in men.	83
3.5 Prevalence (%) of current cigarette smoking by health areas and age groups in women.	84
3.6 Prevalence (%) of current cigarette smoking by residence setting, gender and age groups.	85
3.7 Cigarette smoking attitudes: age standardized prevalence (%) by gender.	85
3.8 Age standardized prevalence (%) of several cardiovascular risk factors within current cigarette smokers by gender.	86
3.9 Prevalence (%) of use of oral contraceptives by groups of smokers and age groups in women.	87

4. BLOOD PRESSURE

4.1 Mean systolic blood pressure in mm. Hg. and percentiles by gender and age groups.	91
4.2 Mean diastolic blood pressure in mm. Hg. and percentiles by gender and age group.	91
4.3 Population distribution (%) by 10 mm. Hg. intervals of systolic blood pressure, gender and age groups.	92
4.4 Population distribution (%) by 10 mm. Hg. intervals of diastolic blood pressure, gender and age groups.	92
4.5 Prevalence (%) of normal arterial pressure, borderline and established arterial hypertension by gender and age groups.	93
4.6 Prevalence (%) of isolated systolic hypertension by gender and age groups.	93
4.7 Prevalence (%) of arterial hypertension by diastolic blood pressure levels (mm. Hg.) by gender and age groups.	94

4.8	Distribution (%) of the hypertensives by levels of treatment and control, gender and age groups	94
4.9	Distribution (%) of the hypertensive population by treatment regimen for the hypertensive blood pressure, gender and age groups.....	95
4.10	Prevalence (%) of people who have been told by a doctor that they have high blood pressure by gender and age groups.....	95
4.11	Prevalence (%) of borderline and established hypertension by gender, health areas and age groups.....	96
4.12	Prevalence (%) of borderline and established hypertension by gender, residence setting and age groups.....	97
4.13	Age standardized prevalence (%) of several cardiovascular risk factors by gender and blood pressure levels.....	98

5. SERUM LIPIDS

5.1	Mean total cholesterol (mg/dl) and percentiles by gender and age groups.....	101
5.2	Mean triglycerides (mg/dl) and percentiles by gender and age groups.....	101
5.3	Mean HDL-Cholesterol (mg/dl) and percentiles by gender and age groups.....	102
5.4	Population distribution (%) by total serum cholesterol (mg/dl) categories and by gender and age groups.....	102
5.5	Population distribution (%) by serum triglycerides (mg/dl) and by gender and age groups.....	103
5.6	Prevalence (%) of high total cholesterol, by health area, gender and age groups.....	104
5.7	Prevalence (%) of high cholesterol (mg/dl) by residence setting and by gender and age groups.....	105
5.8	Population distribution (%) that has ever been told by a doctor to have high blood cholesterol by health areas and age groups.....	105
5.9	Population distribution (%) of pharmacological, dietetic or combined treatment due to high cholesterol by health areas, gender and age groups.....	106
5.10	Frequency (%) of different hypolipemiant treatments by gender and age groups.....	106
5.11	Age standardized prevalence (%) of several cardiovascular risk factors by serum cholesterol levels.....	107

6. OVERWEIGHT AND OBESITY

6.1	Distribution of mean body mass index (%) and percentiles by gender and age groups.....	111
6.2	Normal weight, overweight or borderline obesity, established obesity and morbid obesity prevalence (%) by the Italian Consensus Classification and the Classification of Garrow by gender and age groups.....	111
6.3	Prevalence (%) of borderline and established hypertension by gender health area and age groups.....	112
6.4	Prevalence (%) of borderline and established hypertension by gender, residence setting and age groups.....	113
6.5	Prevalence (%) of several cardiovascular risk factors in normal weight, overweight and obese population by gender.....	114
6.6	Prevalence (%) of self-informed diabetes by body mass index and by gender and age groups ..	115
6.7	Prevalence (%) of established blood pressure hypertension by body mass index, gender and age groups.....	115

7. CONDITIONING PHYSICAL ACTIVITY

7.1	Kilocalories/day of mean energetic expenditure by leisure time physical activity and percentiles, by gender and groups of age.....	119
7.2	Kilocalories/day of mean energetic expenditure by conditioning leisure time physical activity (≥ 6 MET) and percentiles by gender and age groups.....	119

7.3	Mean duration (in hours) of conditioning physical activity (≥ 6 MET) and percentiles by gender and age groups.....	120
7.4	Population distribution (%) by level of conditioning leisure time physical activity (≥ 6 MET) and by gender and age groups.....	120
7.5	Prevalence (%) of conditioning leisure time physical activity (≥ 6 MET) by health areas and age groups.....	121
7.6	Prevalence (%) of conditioning leisure time physical activity (≥ 6 MET) by residence setting, gender and age groups.....	122
7.7	Age standardized prevalence (%) of several cardiovascular risk factors by amount of conditioning leisure time physical activity (≥ 6 MET) by gender.....	123
8. PREVIOUS CARDIOVASCULAR DISEASES		
8.1	Prevalence (%) of previous cardiovascular diseases by gender and age groups.....	127
8.2	Age standardized prevalence (%) of several cardiovascular risk factors by previous cardiovascular diseases and by gender.....	127
9. MULTIPLE RISK FACTORS		
9.1	Population distribution (%) by number of main cardiovascular risk factors and by gender and age groups.....	131
9.2	Population distribution (%) by number of main cardiovascular risk factors and by health area, gender and age groups.....	132
9.3	Population distribution (%) by main cardiovascular risk factor combinations and by gender and age groups.....	133
9.4	Men's distribution (%) by main cardiovascular risk factors and by health area and age groups.....	134
9.5	Women's distribution (%) by main risk factor combinations and by health areas and age groups.....	135
9.6	Age standardized prevalence (%) of main risk factor combinations by gender and body mass index levels.....	136
9.7	Age standardized prevalence (%) of main cardiovascular risk factor combinations by gender and conditioning leisure time physical activity.....	136
9.8	Age standardized prevalence (%) of main risk factor combinations by residence setting and gender.....	137
10. SOCIOECONOMIC FACTORS: EDUCATIONAL LEVEL AND OCUPATION		
10.1	Prevalence (%) of current cigarette smoking by educational level, gender and age groups.....	141
10.2	Prevalence (%) of current cigarette smoking by occupation, gender and age groups.....	142
10.3	Prevalence (%) of borderline and established arterial hypertension by gender, educational level and age groups.....	143
10.4	Prevalence (%) of borderline and established hypertension by gender, occupation and age groups.....	144
10.5	Prevalence (%) of high serum cholesterol (mg/dl) by educational level and by gender and age groups.....	145
10.6	Prevalence (%) of high serum cholesterol (mg/dl) by occupation, and by gender and age groups.....	146
10.7	Prevalence (%) of overweight and obesity by gender, educational level and age groups.....	147
10.8	Prevalence (%) of overweight and obesity by gender, occupation and age groups.....	148
10.9	Prevalence (%) of conditioning leisure time physical activity (≥ 6 MET) by educational level, gender and age groups.....	149

10.10	Prevalence (%) of conditioning leisure time physical activity (≥ 6 MET) by occupation, gender and age groups.	150
10.11	Age standardized prevalence (%) of main cardiovascular risk factors by gender and educational level.	151

11. COEFFICIENT OF VARIATION

11.1	Tobacco consumption by gender and age groups: coefficient of variation (%).	155
11.2	Current cigarette smokers by amount of tobacco currently smoked and by gender and age groups: coefficient of variation (%).	155
11.3	Main cardiovascular risk factors in current cigarette smokers by gender: coefficient of variation (%).	156
11.4	Normal blood pressure, borderline arterial hypertension and established arterial hypertension by gender and age groups: coefficient of variation (%).	157
11.5	Hypertension by treatment and control level by gender and age groups: coefficient of variation (%).	157
11.6	Main cardiovascular risk factors by gender and blood pressure levels: coefficient of variation (%).	158
11.7	Serum cholesterol categories and by age groups and gender: coefficient of variation (%).	159
11.8	Serum tryglicerides categories, and by age groups and gender: coefficient of variation (%). .	159
11.9	Main cardiovascular risk factors by gender and cholesterol levels: coefficient of variation (%).	160
11.10	Normal weight, overweight, obesity and extreme obesity by Garrow's classification, age groups: coefficient of variation (%).	161
11.11	Main cardiovascular risk factors in normal weight, overweight and obesity by gender: coefficient of variation (%).	162
11.12	Conditioning leisure time physical activity (≥ 6 MET) and by age groups and gender: coefficient of variation (%).	163
11.13	Main cardiovascular risk factors by gender and by conditioning leisure time physical activity: coefficient of variation (%).	164
11.14	Number of main cardiovascular risk factors and by age groups and gender: coefficient of variation (%).	165
11.15	Main cardiovascular risk factor combinations by gender and by age groups: coefficient of variation (%).	165

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
1. POBLACIÓN Y MUESTRA.	
1 Población de la Región de Murcia (18-65 años) por Área de Salud, sexo y grupos de edad: Población de las Áreas de Salud por sexo.....	35
2. TASA DE RESPUESTA.	
2 Frecuencia de respuesta (%) por sexo y grupos de edad: Negativas, cuestionarios cumplimentados y muestras séricas. Total Regional.....	43
3. CONSUMO DE TABACO.	
3.1 Prevalencia (%) del consumo de tabaco por sexos.....	43
3.2 Prevalencia (%) de fumadores habituales de cigarrillos: cantidad consumida en la actualidad....	43
4. TENSIÓN ARTERIAL.	
4.1 Prevalencia (%) de la hipertensión arterial por sexo y edad.....	44
4.2 Distribución (%) de hipertensos según grado de tratamiento y control por sexo.....	44
4.3 Distribución (%) de la población hipertensa según tipo de tratamiento para la hipertensión arterial y sexo.....	45
4.4 Distribución de la tensión arterial sistólica (mm. Hg.) en percentiles: hombres.....	55
4.5 Distribución de la tensión arterial sistólica (mm. Hg.) en percentiles: mujeres.....	55
4.6 Distribución de la tensión arterial diastólica (mm. Hg.) en percentiles: hombres.....	55
4.7 Distribución de la tensión arterial diastólica (mm. Hg.) en percentiles: mujeres.....	55
5. LÍPIDOS PLASMÁTICOS	
5.1 Distribución (%) poblacional según categorías de colesterol sérico total (mg./dl.) por sexo.....	45
5.2 Distribución (%) poblacional según categorías de triglicéridos séricos (mg./dl.) por sexo.....	45
5.3 Distribución del colesterol sérico total (mg./dl.) en percentiles: hombres.....	57
5.4 Distribución del colesterol sérico total (mg./dl.) en percentiles: mujeres.....	57
5.5 Distribución de la fracción HDL-colesterol sérica (mg./dl.) en percentiles: hombres.....	57
5.6 Distribución de la fracción HDL-colesterol sérica (mg./dl.) en percentiles: mujeres.....	57
5.7 Distribución de los triglicéridos séricos (mg./dl.) en percentiles: hombres.....	58
5.8 Distribución de los triglicéridos séricos (mg./dl.) en percentiles: mujeres.....	58
6. SOBREPESO Y OBESIDAD	
6.1 Prevalencia (%) de peso normal, sobrepeso y obesidad según la Clasificación de Garrow por sexo....	46
6.2 Distribución de Índice de Masa Corporal en percentiles: hombres.....	59
6.3 Distribución de Índice de Masa Corporal en percentiles: mujeres.....	59
7. ACTIVIDAD DEPORTIVA	
7.1 Prevalencia (%) de Actividad Física Vigorosa (≥ 6 M.E.T.) de tiempo libre por sexo.....	46
7.2 Distribución (%) de kilocalorías/día de gasto energético: actividad física de tiempo libre en percentiles: hombres.....	60
7.3 Distribución (%) de kilocalorías/día de gasto energético: actividad física de tiempo libre libre en percentiles: mujeres.....	60

8. MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO

8.1	Distribución (%) de personas según el número de principales factores de riesgo cardiovascular por sexo.....	46
8.2	Distribución (%) de personas según combinaciones de los principales factores de riesgo cardiovascular por sexo.....	47

9. FACTORES SOCIOECONÓMICOS: NIVEL EDUCATIVO

9.1	Prevalencia (%) de consumo de cigarrillos según nivel educativo y sexo.....	47
9.2	Prevalencia (%) de hipertensión límite y definida según nivel educativo y sexo.....	47
9.3	Prevalencia (%) de colesterol sérico total elevado (≥ 200 mg./dl.) según nivel educativo y sexo.....	48
9.4	Prevalencia (%) de obesidad según nivel educativo y sexo.....	48
9.5	Prevalencia (%) de Actividad Física Vigorosa (≥ 6 M.E.T.) de tiempo libre según nivel educativo y sexo.....	48

LIST OF FIGURES

	Pág.
1. POPULATION AND SAMPLE	
1 Population of the Region of Murcia (18-65 yrs) by health area, gender and by age groups: Population of the health areas by gender.	35
2. RESPONSE RATE	
2 Response rate (%) by gender and by age groups: refusals, completed questionnaire and serum samples. Total Regional.	43
3. TOBACCO SMOKING	
3.1 Prevalence (%) of tobacco smoking by gender.	43
3.2 Prevalence (%) of current cigarette smokers by amount of tobacco currently used and by gender. .	43
4. HIGH BLOOD PRESSURE	
4.1 Prevalence (%) of arterial hypertension (borderline+established) by gender.	44
4.2 Distribution of people with hypertension (%) by level of control and treatment and by gender.	44
4.3 Distribution of people with hypertension (%) by type of treatment and gender.	45
4.4 Arterial systolic blood pressure distribution (mm Hg) in percentiles: men.	55
4.5 Arterial systolic blood pressure distribution (mm Hg) in percentiles: women.	55
4.6 Arterial diastolic blood pressure distribution (mm Hg) in percentiles: men.	55
4.7 Arterial diastolic blood pressure distribution (mm Hg) in percentiles: women.	55
5. SERUM LIPIDS	
5.1 Arterial diastolic blood pressure distribution (mm Hg) in percentiles: men.	45
5.2 Arterial diastolic blood pressure distribution (mm Hg) in percentiles: men.	45
5.3 Distribution of total serum cholesterol (mg/dl) in percentiles: men.	57
5.4 Distribution of total serum cholesterol (mg/dl) in percentiles: women.	57
5.5 Distribution of serum HDL-cholesterol (mg/dl) in percentiles: men.	57
5.6 Distribution of serum HDL-cholesterol (mg/dl) in percentiles: women.	57
5.7 Distribution of serum tryglicerides (mg/dl) in percentiles: men.	58
5.8 Distribution of serum tryglicerides (mg/dl) in percentiles: women.	58
6. OVERWEIGHT AND OBESITY	
6.1 Prevalence (%) of normal weight, overweight and obesity by Garrow's Classification and gender. ...	46
6.2 Distribution of Body Mass Index in percentiles: men.	59
6.3 Distribution of Body Mass Index in percentiles: women.	59
7. CONDITIONING PHYSICAL ACTIVITY	
7.1 Prevalence (%) of leisure time conditioning physical activity (\geq 6MET) by gender.	46
7.2 Distribution (%) of kilocalories/day of mean energetic expenditure by levels of leisure time physical activities in percentiles: men.	60
7.3 Distribution (%) of kilocalories/day of mean energetic expenditure by levels of leisure time physical activities in percentiles:women.	60

8. MULTIPLE RISK FACTORS

8.1	Distribution (%) of population by the number of principal cardiovascular risk factors and by gender.....	46
8.2	Distribution (%) of population by combinations of principal cardiovascular risk factors and by gender.....	47

9. SOCIOECONOMIC FACTORS: EDUCATIONAL LEVEL

9.1	Prevalence (%) of cigarette smoking by educational level and gender.....	47
9.2	Prevalence (%) of borderline and established hypertension by educational level and gender.....	47
9.3	Prevalence (%) of high total serum cholesterol (mg/dl) by educational level and gender.....	48
9.4	Prevalence (%) of overweight and established obesity by educational level and gender.....	48
9.5	Prevalence (%) of leisure time conditioning physical activity (≥ 6 MET) by educational level and gender.....	48

ABREVIATURAS

- A.A.S.S. : Asuntos Sociales.
A.F.V. : Actividad Física Vigorosa.
A-I : Apoproteína tipo I.
CC.AA. : Comunidades Autónomas.
C.V. : Coeficiente de variación
D.S. : Desviación estándar.
E.N.S. : Encuesta Nacional de Salud.
H.D.L. : Lipoproteína de alta densidad.
I.C. : Intervalo de Confianza.
I.M.C. : Índice de Masa Corporal.
M.E.T. : Tasa de Equivalente Metabólico.
N.E.S. : Nivel Socioeconómico.
L.D.L. : Lipoproteína de baja densidad.
O.M.S. : Organización Mundial de la Salud.
O.R. : Odds Ratio
T.A.S. : Tensión Arterial Sistólica.
T.A.D. : Tensión Arterial Sistólica.
V.L.D.L. : Lipoproteínas de muy baja densidad.

ACRONYMS

- AA.SS. : Social Services.
- A.F.V. : Vigorous leisure time physical activity.
- A-I : Type I-Apoprotein.
- CC.AA. : Autonomous Community.
- C.I. : Confidence Interval.
- C.V. : Coefficient of variation.
- D.S. : Standard deviation.
- E.N.S. : National Health Survey.
- H.D.L. : High density lipoprotein.
- I.M.C. : Body Mass Index.
- M.E.T. : Resting Metabolic Rate.
- N.S.E. : Socioeconomic level.
- L.D.L. : Low density lipoprotein.
- O.M.S. : World Health Organization.
- O.R. : Odds Ratio.
- T.A.S. : Systolic blood pressure.
- T.A.D. : Diastolic blood pressure.
- V.L.D.L. : Very low density lipoprotein.

Este trabajo mide la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población de la Región de Murcia durante el año 1992. Para ello se ha estudiado una muestra de 3.091 personas de ambos sexos representativa de la población adulta (18-65 años, total 591.376 personas) de la Región de Murcia, a las que se invitó a participar a través de carta, llamada telefónica y visita domiciliaria. El muestreo fue aleatorio polietápico con definición de cuotas muestrales según tipo de residencia, edad y sexo en cada área de salud. La precisión elegida en la situación de estimación más desfavorable fue de $\pm 1,9\%$ a nivel regional y de $\pm 4\%$ a nivel de área de salud. Para la estimación de las prevalencias se han utilizado pesos muestrales en base al diseño de la muestra y a la tasa de respuesta obtenida. Se han calculado los errores muestrales a partir de los coeficientes de variación.

Además de las **categorías límite** de algunos factores de riesgo se han estudiado las siguientes **categorías establecidas o definidas**: fumador habitual, hipertensión arterial (tensión arterial sistólica, T.A.S. ≥ 160 mm. Hg. o tensión arterial diastólica, T.A.D. ≥ 95 mm. Hg. o con tratamiento antihipertensivo), hipercolesterolemia (≥ 250 mg./dl.), obesidad (Índice de Masa Corporal, I.M.C. ≥ 30). Además se ha estimado la duración y frecuencia de actividad física vigorosa (al menos 6 Tasa de Equivalente Metabólico, M.E.T.) en el tiempo libre realizada durante las dos semanas anteriores a la entrevista.

La muestra seleccionada fue de 6.004 personas. De éstas, un 15,3% (917) no pudo ser incluido debido a errores en el marco muestral. De las 5.087 personas elegibles, la tasa de respuesta al cuestionario fue del 61% (3.091 personas) y del 48% (2.420 personas) al análisis de lípidos plasmáticos. El 23% de las personas elegibles fueron ilocalizables mientras que el 16% de las elegibles y localizadas se negaron a participar.

Los dos factores de riesgo que están más ampliamente distribuidos tanto en los hombres como en las mujeres de nuestra población son el consumo habitual de tabaco (54,4% y 31,3% en hombres y mujeres, respectivamente) y la obesidad (17,3% y 23,7%). Les seguirían, en los hombres, la hipercolesterolemia (12,5%) y la hipertensión arterial (13,1%). En las mujeres el orden sería inverso (13,4% hipertensión y 9,5% hipercolesterolemia). Solamente un 23,1% de los hombres y un 12,5% de las mujeres realizaron alguna actividad física de

tiempo libre compatible con la protección coronaria (≥ 6 M.E.T.) en las dos semanas anteriores a la entrevista. La proporción de hombres con al menos uno de los tres principales factores de riesgo cardiovascular (tabaco, tensión arterial elevada o colesterol sérico elevado) es del 84,7%. En las mujeres, debido a la menor prevalencia del consumo de tabaco, es del 71,7%. Para ambos sexos, la coexistencia de múltiples factores de riesgo disminuye al aumentar el nivel educativo (excepto las combinaciones con tabaco, en mujeres). La asociación de factores de riesgo principales más prevalente en hombres es el consumo de tabaco y colesterol sérico elevado (15,3%). En mujeres, sin embargo, es la elevación de la tensión arterial y del colesterol sérico (12,4%). Un 8,5% de los hombres tiene los tres factores de riesgo asociados mientras tan sólo lo presentan un 0,8% de las mujeres.

Las principales conclusiones del estudio son: a) la necesidad de reducir la prevalencia del consumo habitual de cigarrillos sobre todo en adultos jóvenes de ambos sexos, b) mejorar el control de la hipertensión arterial, con especial énfasis en hombres y c) diseñar actuaciones preventivas que incluyan una atención especial a la población con bajo nivel educativo dada la asociación observada con la obesidad en mujeres y el bajo nivel de actividad física deportiva en ambos sexos. Las medidas de prevención primaria (legislativas y educativas) tienen la ventaja de actuar sobre toda la comunidad. Esta sería la estrategia deseable para abordar el problema del tabaco, la obesidad y el bajo nivel de actividad física deportiva. Las actuaciones asistenciales, en el marco de la atención primaria, incluyen el diagnóstico, seguimiento y control de la hipertensión arterial. La asociación de factores observada apoya el establecimiento de actuaciones preventivas multifactoriales. Dada su complejidad, sería deseable establecer programas de demostración en áreas pequeñas que puedan ser reproducibles una vez probada su efectividad, combinando la estrategia de alto riesgo con la poblacional. La principal estrategia de intervención cardiovascular en la Región de Murcia debe incluir, en el momento actual, la reducción del consumo de tabaco y de la obesidad, el control de la hipertensión y el fomento de la actividad física a cualquier edad, adaptándola a las condiciones físicas individuales. En el caso de que no existan contraindicaciones, la actividad física debe ser intensa, regular y mantenida al menos una hora dos veces por semana.

SUMMARY

This study measures the prevalence of cardiovascular risk factors in the population of the Region of Murcia for the year 1992. To this end, we have studied a sample of 3,091 people from both sexes, representative of the adult population (18-65 years, total Region 591,376 people) from the Region of Murcia, who were invited to participate by mail, phone contact or home visit. The sample was randomly selected with definition of sample quotas according to residence, age and sex group in each (administrative) health area. The chosen level of precision for the most unfavorable situation of estimation was 1.9% to the regional level and 4% to the specific health area. To estimate the prevalences we have used sample weights based on the design of the sample and the obtained response rate. Sample errors were calculated from the coefficients of variation.

In addition to the borderline **categories** of several risk factors, we have studied the following **defined or established categories**: current smoker, hypertension (systolic blood pressure, TAS \geq 160 mm Hg or diastolic blood pressure, TAD \geq 95 mm Hg or with antihypertension treatment), high serum cholesterol (\geq 250 mg/dl), obesity (Body Mass Index, BMI \geq 30). Furthermore, we have estimated the duration and frequency of vigorous physical activity (at least 6 Resting Metabolic Rate, MET) in leisure time, done during the two weeks previous to the interview.

Sample size was of 6,004 people. Of these, 15.3% (917) couldn't be included due to errors in the sample frame. Of the 5,087 chosen people, the response rate to the questionnaire component of the survey was 61% (3,091 people) and 48% (2,420 people) to the serum component. Twenty three (23%) percent of those chosen were not located, while 16% of those selected and located refused to participate.

The two risk factors which are most widely found, both in males and females, in our population are: habitual use of tobacco (54.4% and 31.3% in men and women, respectively) and obesity (17.3% and 23.7%). Also the following: in men, high blood cholesterol (12.5%) and arterial hypertension (13.1%). In women the order is opposite, first hypertension (13.4%) followed by high serum cholesterol (9.5%). Only 23.1% of males and 12.5% of women did some form of vigo-

rous leisure time physical activity, compatible with coronary protection (6 MET) in the two weeks before the interview.

The proportion of men with at least one of the three principal cardiovascular risk factors (tobacco, high blood pressure or high serum cholesterol) is 84.7%. In women, due to the lesser presence of smoking, it is 71.7%. For both sexes, the co-existence of multiple risk factors decreases as educational level increases, except the combinations with tobacco in women. The association of risk factors most present in men is tobacco and high serum cholesterol (15.3%). In women, however, it is high arterial blood pressure and serum cholesterol (12.4%). 8.5% of males have the three associated risk factors while only 0.8% of females present this pattern.

The principal conclusions of this study are: a) the necessary reduction of current cigarette smoking especially among young adults of both sexes, b) improving the control of arterial hypertension, with special concern in men and c) designing preventive programs which include special attention to those with low educational level given the association with arterial hypertension and low level of physical activity in both sexes and female obesity. Measures of primary prevention (legislative and educational) have the advantage of affecting the community as a whole. This would be the preferred strategy in order to combat the tobacco problem, obesity and the low level of leisure time physical activity. The existing programs of aid, in the field of basic care, include the diagnosis, follow up and control of arterial hypertension. The association of observed factors would suggest the design of preventative programs which are multifaceted. Given its complexity, what is needed is the establishment of demonstration programs in small areas that can be reproduced and once proved effective, combining the community and high risk strategies.

The principal strategy of cardiovascular intervention in Murcia must include, at this moment, the reduction of current smoking and obesity, hypertension control and the popularity of vigorous leisure time physical activity at any age, adapted to individual conditions. In the case where there aren't any secondary affects, the physical activity must be intense, done regularly and maintained at least one hour twice a week.

En 1992 el Grupo de Expertos en Enfermedades Cardiovasculares de la Región de Murcia¹ propuso unas recomendaciones sobre prevención, asistencia e investigación cardiovascular recogidas en el Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996². La primera recomendación en cuanto a prevención primaria cardiovascular fue conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular. En la Región de Murcia, las enfermedades cardiovasculares se mantienen durante años como la primera causa de muerte^{3,4}, y algunas de sus entidades nosológicas (enfermedad coronaria) afectan a adultos en la edad media de la vida y, globalmente, suponen una importante carga de morbilidad en las edades avanzadas con su impacto en la utilización de servicios y gasto farmacéutico⁵. Más aún, se observa desde hace años, y con adelanto en los países occidentales más desarrollados, un descenso en la mortalidad por enfermedad coronaria y cerebrovascular⁶⁻¹⁵. Esta disminución se ha explicado en primer lugar por la disminución en la exposición a factores de riesgo coronario (tabaco, hipertensión, colesterol sérico elevado) de amplias capas de población y, en menor medida, por la mayor accesibilidad, oferta y calidad de los servicios médicos^{16,17}. Sería el resultado de acciones dirigidas a promover la salud comunitaria junto a la estrategia clásica de atender a pacientes de alto riesgo¹⁸.

Varios estudios^{19,20} realizados en la Región de Murcia señalan que las tendencias de mortalidad coronaria y, en menor medida, la cerebrovascular no están evolucionando tan favorablemente como en el conjunto español. Además, existen diferencias en mortalidad cardiovascular entre las áreas

sanitarias de la Región no explicables por su diferente composición de edades²¹.

Uno de los principales determinantes de la evolución y distribución de la mortalidad cardiovascular en una población es la cambiante prevalencia de sus factores de riesgo. Existía poca información poblacional sobre éstos en la Región de Murcia. Algunos estudios señalaban una alta proporción de hipertensos, muchos de ellos no controlados²². También, la proporción de fumadores era mayor en Murcia que en el conjunto de España, así como la de personas físicamente inactivas²³. Prácticamente no se tenía información sobre la obesidad y la distribución de lípidos plasmáticos en la población adulta.

Las encuestas de prevalencia en muestras representativas de población permiten explorar de forma simple, rápida y directa múltiples aspectos relacionados con la salud. Sin embargo se necesita disponer de información poblacional actualizada, diseños muestrales complejos y elevado número de efectivos para mantener el error muestral a un nivel aceptable.

Por otra parte hay que considerar la validez de la información que se recoge. Mientras que algunas mediciones de factores de riesgo cardiovascular tienen protocolos consensuados (tabaco, índice de masa corporal, lípidos plasmáticos), otros necesitan ser desarrollados (actividad física) o, por sus especiales características, monitorizados muy estrechamente (tensión arterial).

El Estudio de Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovascular de la Región de Murcia surge de la urgencia de cubrir necesidades informativas poblacionales sobre estos factores.

OBJETIVOS

El **objetivo principal** de la encuesta:

Cuantificar los niveles de exposición (prevalencia) a diferentes factores de riesgo cardiovascular en población general adulta de la Región de Murcia.

Se pretende además:

Crear las bases para el seguimiento y monitorización de los factores de riesgo en nuestra población.

Generar información adecuada para la realización de programas de intervención y/o promoción cardiovascular

Cubrir los objetivos de investigación en prevención primaria cardiovascular del Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996.

Impulsar la investigación epidemiológica cardiovascular en la Región de Murcia.

OBJECTIVES

The **main objective** of the survey is:

Quantify the levels of exposure (prevalence) to different cardiovascular risk factors in the general adult population of the Region of Murcia.

Further goals are:

Create the basis for the follow-up and monitoring of risk factors in our communities.

Generate suitable information for the creation of intervention programs and for cardiovascular health promotion.

Fulfill the cardiovascular primary prevention objectives from the Health Plan of the Region of Murcia 1993-1996.

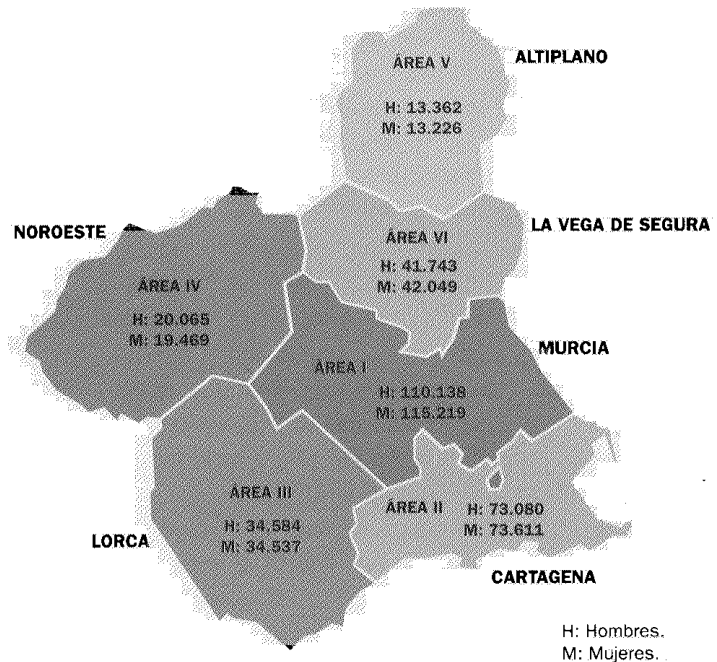
Develop cardiovascular epidemiological research in the Región of Murcia.

ENCUESTA

GRAFICO 1. POBLACIÓN DE LA REGIÓN DE MURCIA (18-65 AÑOS) POR ÁREAS DE SALUD, SEXO Y GRUPOS DE EDAD.
POBLACIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD POR SEXO.

GRUPOS DE EDAD	SEXO		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
18-29	104.170	101.575	205.745
30-39	60.419	51.153	121.572
40-49	50.885	52.868	103.753
50-65	77.793	82.513	160.306
TOTAL	293.267	288.109	591.376

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes de 1986.
Región de Murcia²⁴



METODOLOGÍA

■ DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El objetivo del muestreo fue obtener una muestra representativa de la población adulta de la Región de Murcia (gráfico 1) según la distribución por edad, sexo, tipo de residencia y área de salud.

El segmento de edad seleccionado fue de 18 a 65 años, ambos inclusive, por ser el período de la vida en el que suelen hacer su aparición los factores de riesgo con alto valor predictivo para la aparición de enfermedades cardiovasculares y el interés de actuar sobre ellos de forma diferente a cuando se presentan en ancianos o en niños.

Las unidades básicas de muestreo han sido las personas de 18 a 65 años residentes en la Región de Murcia según el Padrón Municipal de Habitantes de 1986²⁴.

Se realizó un muestreo aleatorio polietápico no proporcional con definición de cuotas muestrales^{25,26} según tipo de residencia (urbana, periurbana y rural), grupo de edad (18-29, 30-39, 40-49 y 50-65) y

sexo para cada área de salud (Murcia, Cartagena, Lorca, Noroeste, Altiplano y Vega del Segura).

En primer lugar se determinó el tamaño de muestra necesario en cada una de las áreas de salud para estimar una prevalencia previsible del 50%, situación más desfavorable y que está muy próxima a la del consumo de tabaco²³ en los hombres, con un nivel de confianza del 95% y una precisión de $\pm 4\%$ a nivel de área y de $\pm 1,9\%$ a nivel regional. Posteriormente se estratificó la población de cada área según tipo de residencia, sexo y grupo de edad, determinándose cuotas muestrales proporcionales a dichos estratos.

Por último, la selección de la muestra se llevó a cabo mediante muestreo aleatorio polietápico: en cada área se hizo una selección de municipios en cada uno de los cuales se realizó una selección de entidades de población según el tipo de residencia y posteriormente, se fue muestreando en cada una de ellas, mediante muestreo aleatorio simple, hasta completar las cuotas muestrales antes señaladas.

La muestra se sobredimensionó en un 50%, dado el alto número de errores en los datos padronales, para que el efecto de la no respuesta no disminuyera la precisión de las estimaciones.

■ ELEGIBILIDAD DE LA MUESTRA, RESPUESTA Y NO RESPUESTA: CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Con el objetivo de utilizar criterios similares a los del estudio MONICA²⁷ la muestra original se clasifica en la siguientes categorías: no elegibles y elegibles. Dentro de los elegibles estarían las respuestas (cuestionario y/o suero) y las no respuestas. **No elegibles** son aquellas personas que siendo seleccionadas en la muestra original han muerto, se han trasladado de núcleo de población o cumplen alguno de los **criterios de exclusión** de la encuesta (embarazo, enfermedad psíquica o física incapacitante) en el momento de la entrevista. Todos los restantes se consideran **elegibles**. **No respuesta** es aquella persona seleccionada y elegible de la muestra original que no ha podido ser localizada o con la que no se pudo establecer contacto después de un número pre-especificado de intentos. **Respuestas** son todas las personas elegibles que son entrevistadas y/o proporcionan una muestra de sangre.

Además, dado el elevado número de errores esperables^{28,29} y observados del Padrón, más aún cuando nuestra muestra se seleccionó y estableció contacto de 4 a 6 años después de la elaboración del Padrón con la correspondiente acumulación de errores.

Se ha considerado la categoría de **negativas** que refleja el número y características de las personas que, una vez contactadas, se negaron a participar. Por tanto debe considerarse como un subgrupo de las no respuestas.

■ CÁLCULO DE PESOS MUESTRALES

Para recomponer la estructura de la población original.

Dado que la distribución de la muestra a nivel regional no representa proporcionalmente la distribución de la población, el cálculo de prevalencias y medias se corrigió mediante el uso de ponderaciones (pesos de aquí en adelante) para los individuos de la muestra teniendo en cuenta los factores del diseño muestral³⁰.

En general, en un esquema de muestreo complejo, los pesos para los individuos de un estrato deben ser proporcionales a la inversa de la probabilidad de su inclusión en la muestra³¹.

Los pesos empleados han sido diferentes para las variables que se obtuvieron del cuestionario que para las proporcionadas por la muestra sérica, dada la diferente tasa de respuesta. Así, si denominamos **h** a cada posible estrato de área, tipo de

residencia, edad y sexo, los pesos vendrán dados por:

$$\begin{aligned} WQ_h &= N_h / Q_h \\ WS_h &= N_h / S_h \end{aligned}$$

donde **WQ_h** y **WS_h** son los pesos, en el estrato **h**, para las variables del cuestionario y para las determinaciones séricas, **N_h** es el número de personas del estrato estimadas a partir del Padrón Municipal de Habitantes²⁴, **Q_h** y **S_h** son el número de personas que responden a la entrevista y a la muestra sérica, respectivamente, en dicho estrato.

Con estos pesos además de reconstruirse la distribución de la población en la muestra, implícitamente, se corrige por la tasa de respuesta³².

Para estandarización de parámetros

Las estimaciones de las prevalencias de los parámetros, cuando se indica en el encabezado de la tabla, han sido estandarizadas por edad según el censo de la Región de Murcia (1991)³³. Este ajuste evita que las comparaciones entre subgrupos de población se vean afectadas por diferencias en la composición etaria. En general, se han realizado en aquellas tablas en donde sólo se presenta información agregada para todos los grupos de edad.

Los pesos que se utilizan en cada estrato **h** de área, tipo de residencia y sexo son una media ponderada de los pesos por área, tipo de residencia, edad y sexo del estrato correspondiente según la distribución relativa de la edad en la población de referencia^{30,32}.

Así la prevalencia estandarizada por edad de una característica **X^s** en un determinado estrato **h** vendrá dada por:

$$X^s = \frac{\sum_{m=1}^k X_m W_h P_m}{P}$$

donde **k** es el número de grupos de edad con los que se pretende estandarizar la prevalencia cruda **X**, **W_h** es la suma de los pesos de las personas del estrato **h** que tienen la condición **X** (sea una variable del cuestionario o del suero), **P_m** es el peso relativo de cada uno de los grupos de edad de la población estándar con respecto al total de esa población **P**, de tal forma que

$$P = \sum_{m=1}^k P_m$$

Los pesos utilizados para estandarizar por la población de la Región de Murcia según el censo de

1991 son 34, 22, 17 y 27 para los grupos de edad 18-29, 30-39, 40-49 y 50-65 respectivamente.

■ ERROR MUESTRAL

Para calcular la varianza muestral de los estimadores se ha utilizado el método de Jackknife³⁴⁻³⁶ basado en la pseudo-replicación de muestras a partir de la muestra disponible. Este método produce estimaciones más precisas³⁴ de la varianza del estimador (media o prevalencia) y permite incorporar los efectos de la estratificación, la formación de conglomerados, la existencia de no respuesta, etc, mediante pseudoreplicaciones de la muestra disponible y la medición de la variabilidad de los parámetros estudiados. Las pseudomuestras se han construido omitiendo un elemento de la muestra inicial obteniendo **n** submuestras de tamaño **(n-1)**. El procedimiento consiste en calcular, en cada submuestra, el estimador del parámetro deseado (media o prevalencia) y estimar el parámetro poblacional \tilde{e} mediante la media de los estimadores e_i en estas submuestras³⁶. La varianza de este estimador jackknife $\text{var}(\tilde{e})$ se obtendrá por la forma habitual de la varianza muestral de una media³⁷.

$$\text{Var}(\tilde{e}) = \frac{\sum (e_i - \tilde{e})^2}{n(n-1)}$$

Para un esquema de muestreo estratificado, como el de esta encuesta, el procedimiento consiste en obtener el estimador Jackknife del parámetro y su varianza en cada estrato más elemental y después ir obteniendo estimaciones ponderadas de esa varianza en los estratos combinados de que se trate utilizando para ello los pesos definidos anteriormente³⁸.

$$\text{Var}(\tilde{e}) = \frac{\sum W_h \cdot \text{Var}_h(\tilde{e})}{\sum W_h}$$

Para evaluar la fiabilidad del estimador de un parámetro presentamos su variabilidad a través del coeficiente de variación $\text{CV}(\tilde{e})$:

$$\text{CV}(\tilde{e}) = \frac{\sqrt{\text{Var}(\tilde{e})}}{\tilde{e}} \times 100$$

que es una medida de variabilidad relativa calculada, expresada en tanto por 100, por lo que supone el error estándar del estimador en relación a su valor. A partir del coeficiente de variación podemos

obtener bien el error estándar del estimador $\text{ES}(\tilde{e})$

$$\text{ES}(\tilde{e}) = \tilde{e} \cdot \text{CV}(\tilde{e})$$

o bien, el intervalo de confianza para \tilde{e}

$$\text{IC} : \tilde{e} \pm t \cdot \tilde{e} \cdot \text{CV}(\tilde{e})$$

siendo **t** el valor indicativo del nivel de confianza usado que puede ser por ejemplo:

$$t = 1,64 \text{ (90\%)} \text{ o } t = 1,96 \text{ (95\%)}$$

En las Tablas 11.1 - 11.15 se presentan los coeficientes de variación de las principales variables que deben ser tenidos en cuenta para valorar la fiabilidad de las estimaciones obtenidas.

CUESTIONARIO

Se utilizó un cuestionario diseñado especialmente para el estudio (Anexo 1) cumplimentado por entrevistadores entrenados, con una duración de 15 a 20 minutos. Los apartados referentes a enfermedades previas y consumo de tabaco recogían preguntas del protocolo MONICA²⁷. Los períodos de recuerdo para algunas preguntas fueron desde el último año a las últimas dos semanas.

■ CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA RECIENTE

Para el estudio de la **actividad física reciente**, uno de los miembros del equipo (I.M.S.) desarrolló un cuestionario, que fue validado³⁹, y que permite medir la actividad física (básica, ocupacional y de tiempo libre) realizada durante las últimas dos semanas. El cuestionario está cronológicamente estructurado siguiendo los períodos de un día estándar e incluye las actividades físicas más frecuentes, dejando espacio libre para incluir actividades no especificadas. Las actividades físicas y sus códigos de intensidad se obtuvieron de la literatura publicada disponible⁴⁰. El cuestionario cuantifica la frecuencia y duración media empleada en los tipos de actividades más comunes. Las medidas finales de gasto energético utilizadas en la monografía son las kilocalorías/día en diferentes grupos de actividades y horas/semana de actividad deportiva vigorosa medidas en equivalentes metabólicos (actividad deportiva vigorosa ≥ 6 M.E.T. siendo dormir = 1 M.E.T. = 1 kcal./kg./min.)⁴⁰. Estudios recientes indican que la actividad física deportiva vigorosa, realizada al menos durante dos horas a la semana, es la que protege contra episodios de infarto agudo de miocardio⁴¹.

MEDICIONES

■ TENSIÓN ARTERIAL

La medición de la tensión arterial se realizó mediante esfigmomanómetros de mercurio calibrados (Riester 660/306, modelo Diplomat, Alemania) siguiendo el protocolo MONICA²⁷.

Primero se determinó el nivel del pico de insuflación. Después se obtuvo, en condiciones estándar, una doble lectura de la presión sistólica y del 5º sonido de Korotkoff para la presión diastólica. La mejor estimación de cada componente de la tensión arterial (sistólico y diastólico) se basó en el cálculo de la media de las dos lecturas realizadas para cada uno de ellos.

Los valores de la presión arterial se registraron en ± 2 mm Hg más cercanos al menisco de la columna de mercurio.

Las mediciones se realizaron después de la entrevista, en posición sentada, en el brazo derecho y siempre que la persona no estuviera en ayunas. Se registró la temperatura ambiental.

■ ANTROPOMETRÍA: PESO Y TALLA

Se siguió el protocolo MONICA²⁷ para el **pesado** mediante básculas calibrables (Seca, Alemania). El pesado fue sin zapatos ni ropa de abrigo. Se registró el peso redondeando en los 500 grms. más cercanos. La **altura** se midió junto al peso mediante tallímetro (Añó-Sayol, Barcelona) siguiendo el protocolo MONICA²⁷. La medición se realizó sin zapatos, manteniendo la espalda de la persona adosada al tallímetro y apoyando en éste la nuca, espalda, pantorrilla y tobillos con los pies juntos. Se registró la lectura redondeando al centímetro más cercano.

■ LÍPIDOS PLASMÁTICOS

El objetivo fue medir el colesterol sérico total, la fracción H.D.L. del colesterol y los triglicéridos. Para ello se necesitó realizar una extracción de sangre, en ayunas de 12 horas, transportándose las muestras a temperatura ambiente hasta el laboratorio de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales donde, en las 2 horas siguientes, fue centrifugada (3000 r.p.m., 20 min.), extraído el suero, fraccionado en tres partes alicuotas de 1,5 cc, rotulado y congelado, a -20°C en un primer momento y a -60°C posteriormente.

■ ENTRENAMIENTO

Se seleccionaron 12 entrevistadores, dos por cada área sanitaria. La mayoría tenían un entrenamiento sanitario básico (Formación Profesional de la rama sanitaria). Se diseñó un curso de 3 días de duración en el que se les explicó el cuestionario, la metodología de las mediciones, las diferentes fases de la captación y técnicas para mejorar la tasa de respuesta. Además, se les hizo la primera evaluación sobre la medición de la tensión arterial (ver **Control de calidad**). A lo largo del trabajo de campo se mantuvieron reuniones mensuales de coordinación.

■ TRABAJO DE CAMPO

Previo al trabajo de campo se realizaron varias campañas informativas (prensa, radio, T.V. regional, videos comunitarios), se distribuyeron carteles y dípticos y se estableció contacto con los líderes sanitarios locales.

El trabajo de campo fue coordinado por una persona del equipo (M.D.Ch.). Se realizó en primer lugar un **estudio piloto** en dos municipios de tamaño pequeño y mediano durante Noviembre de 1991. Posteriormente comenzó el estudio desde Marzo-Julio de 1992 en las áreas de Murcia, Cartagena y Altiplano. De Octubre 1992-Febrero 1993 se realizó el estudio en las áreas de Lorca, Noroeste y Vega del Segura.

El estudio constaba de tres **fases de captación** sucesivas:

1. Invitación por carta,
2. en caso de no contestación, invitación por teléfono, y
3. si no se tenía teléfono, invitación en el domicilio.

Las cartas eran enviadas desde el Servicio de Epidemiología siendo las siguientes fases de la captación realizadas por los propios entrevistadores.

■ CONTROL DE CALIDAD

■ VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA

Se validó el promedio diario de kilocalorías/persona obtenida por el cuestionario de actividad física frente a la media de kilocalorías/persona obtenida a partir de 7 registros diarios de actividad física que cubrían el mismo período, en 30 hombres y 32 mujeres. Se cuantificó el grado de concordancia (Kappa ponderado) y clasificación errónea que se produciría si el cuestionario era utilizado en lugar

del método más exacto del registro diario. Categorizando la actividad física total en terciles se produjo un grado de clasificación errónea de aproximadamente 30% en el tercil más bajo de los hombres mientras en las otras categorías de ambos sexos no excedió un 10%³⁹.

■ PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO EN LAS MEDICIONES DE LA TENSIÓN ARTERIAL

El protocolo MONICA²⁷ hace un especial énfasis en el entrenamiento, evaluación y seguimiento de las personas que van a medir la tensión arterial. En nuestro caso los entrevistadores no tenían formación previa en la toma de la tensión arterial. Se desarrolló entonces un programa completo de entrenamiento.

Se contó con un video del HDP (Hypertension, Detection and Follow up Program, Houston, TX) en el que junto a instrucciones de cómo utilizar el esfigmomanómetro y la posición del paciente, se incluían varias audiciones de los tonos de la tensión arterial mientras en la pantalla aparecía la columna de mercurio descendiendo, y permitía que varios observadores realizaran la lectura simultáneamente. Siete de estas audiciones eran idénticas. Por tanto se tenía información que permitía evaluar tanto la variabilidad inter-observador como la intra-observador. Este video fue presentado durante el curso de formación de los entrevistadores, y posteriormente una vez cada mes hasta la finalización del trabajo de campo que, en cada área, fue de 4-5 meses. Por tanto, se obtuvieron otras tantas evaluaciones de cada entrevistador que permitieron su monitorización a lo largo del tiempo. Las desviaciones observadas en cada ocasión entre las lecturas proporcionadas por los entrevistadores y las ofrecidas por el video como correctas se comparaban con el grado de desviación máxima aceptable que se había calculado para que la precisión del estudio no se modificara. El diseño y la evaluación de los primeros seis observadores ha sido publicada⁴². Así se observó que mientras la desviación en la tensión sistólica se mantuvo por debajo del límite establecido desde el principio, la diastólica excedió el límite al comienzo del entrenamiento para disminuir posteriormente.

■ LÍPIDOS PLASMÁTICOS

Las determinaciones bioquímicas se realizaron en el laboratorio de Bioquímica Clínica del Hospital

Virgen de la Arrixaca de Murcia. Se utilizó un auto-analizador (HITACHI modelo 717) determinándose los parámetros por métodos enzimáticos (Método CHOD-PAP). Las H.D.L. fueron previamente precipitadas con ácido fosfotúngstico y con iones de magnesio. El laboratorio tiene establecidos controles de calidad internos y externos. Estos controles incluyen sueros de referencia con valores muy por encima y por debajo del promedio esperable de los parámetros de referencia. De esta forma se evalúa la actividad del analizador en toda la amplitud de posibles valores observables, incluyendo los más extremos. Los coeficientes de variación (controles externos) registrados durante el período que se llevaron a cabo las determinaciones fueron:

Colesterol total:	control normal:	3,8%
	alto:	2,96%
Triglicéridos:	control normal:	2,1%
	alto:	2,2%
HDL-colesterol:	control interno:	5,8%

■ PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS CUESTIONARIOS

Los datos de los cuestionarios fueron grabados por duplicado. Se creó un programa especial para detectar inconsistencias lógicas, comprobación de amplitud de valores y preguntas cruzadas.

■ LISTA DE CONDICIONES DE EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

La coordinadora de trabajo de campo acudió en 13 ocasiones diferentes a observar las condiciones de ejecución del estudio sobre el terreno. En cada ocasión rellenaba un listado de condiciones (Anexo 3).

■ ENCUESTA TELEFÓNICA A UNA MUESTRA DE NO RESPUESTA

Los datos personales de la muestra seleccionada sólo permiten comparaciones entre la población que responde y la que no responde al estudio, por grupo de edad, sexo y tipo de residencia. Los factores socioeconómicos (ocupación, educación, situación laboral) no se recogen por muchos ayuntamientos y, además, las clasificaciones carecen con frecuencia de consistencia. Se diseñó una encuesta por teléfono (Anexo 2) a una muestra de no res-

puesta con teléfono. El número de personas entrevistadas fue 303 sobre un total de 347 elegibles (tasa de respuestas 87,3%) para un error tipo alfa del 5%.

Las mujeres entrevistadas por teléfono tenían un mayor nivel educativo, aunque este hecho se puede ver resaltado por la elección de no respuestas con teléfono. Los hombres contestaron con más frecuencia que sí habían fumado alguna vez aunque la proporción de fumadores habituales no fue diferente. Sin embargo había más mujeres fumadoras habituales en la encuesta telefónica.

Respecto a la tensión arterial menos hombres y mujeres declararon por teléfono que algún médico les hubiera dicho tener la tensión arterial elevada.

■ DEFINICIÓN DE FACTORES DE RIESGO (Tabla 1).

En lo posible se ha tratado de mantener las definiciones que permitan una mayor comparabilidad de los datos tanto con España^{3,23,43} como internacionalmente⁴³.

Para la hipertensión arterial se han considerado, de una parte, las recomendaciones del Comité de Expertos sobre Hipertensión Arterial de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)⁴⁴, y de otra las del Consenso para el Control de la Hipertensión Arterial⁴⁵, Grupo de Trabajo de Prevención Primaria Cardiovascular del Ministerio de Sanidad y Consumo⁴⁶, Joint National Committee⁴⁷ y WHO/ISH, 1993⁴⁸. La diferencia entre estas clasificaciones es que el Comité de Expertos de la O.M.S. considera una categoría límite y otra definida en la hipertensión arterial que son englobadas en una única categoría de hipertensión en las recomendaciones de los demás grupos. Se ha utilizado la clasificación propuesta por el estudio MONICA⁴⁹ para clasificar a los hipertensos según su grado de conocimiento, tratamiento y control.

La obesidad ha sido categorizada según la clasificación, que para el Índice de Masa Corporal (IMC), propuso Garrow⁵⁰. Adicionalmente, se ofrece la prevalencia de obesidad utilizando los puntos de

corte recomendados por la Conferencia de Consenso Italiano⁵¹, más acordes con la práctica clínica.

El colesterol total y los demás lípidos plasmáticos han sido tratados según las recomendaciones de las principales sociedades científicas⁵²⁻⁵⁵.

Finalmente, para la actividad física se ha utilizado un indicador de horas/semana que tiene en cuenta las observaciones y recomendaciones de estudios previos⁵⁶⁻⁵⁸ y recientes⁴¹.

ANÁLISIS DE DATOS

Para cada variable (cuando fue posible) se realizó una distribución en percentiles de interés (P_{10} , P_{50} y P_{90}) que permite conocer la proporción de personas con el factor de riesgo en nuestra comunidad.

Según fueran datos obtenidos a partir del cuestionario o de las muestras séricas se han estimado prevalencias ponderadas por área, sexo, edad y tipo de residencia. Las ponderaciones, como se ha mencionado, tienen en cuenta la tasa de no respuesta, dando mayor peso a los estratos con tasas menores. Cuando se especifica, las tablas con datos agregados por edad están, además, estandarizadas según la población de la Región de Murcia del censo de 1991.

Para cada variable categorizada se ha estimado la prevalencia estandarizada por edad de los demás factores de riesgo en sus diferentes categorías.

ASPECTOS ÉTICOS

Las personas entrevistadas aceptaron voluntariamente participar. Se les ofrecieron los resultados de la analítica así como la información tensiometría. Toda la información ha sido considerada como confidencial y el acceso ha sido protegido convenientemente.

Además, las bases de datos personales generadas se han registrado siguiendo las normas dictadas por la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal⁵⁹.

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: NIVELES Y DEFINICIONES

FACTOR DE RIESGO	NIVELES	DEFINICIÓN
TIPO DE RESIDENCIA ¹	URBANO	Poblaciones mayores o iguales a 10.000 habitantes.
	PERIURBANO	Poblaciones menores de 10.000 habitantes y a una distancia del núcleo urbano principal menor de 5 Kms.
	RURAL	Poblaciones menores de 10.000 habitantes y a una distancia del núcleo urbano principal mayor de 5 Kms.
NIVEL EDUCATIVO ²	MENOS QUE PRIMARIO	Analfabeto/a y sin ningún título escolar (pero sabe leer y escribir).
	PRIMARIO	Estudios de primer grado (Certificado de Escolaridad, Graduado Escolar, E.G.B. y Bachiller Elemental).
	SECUNDARIOS	Estudios de segundo grado (Formación Profesional, Bachiller Superior, B.U.P. y C.O.U.).
	UNIVERSITARIOS	Enseñanza Media-Superior (Diplomados, Ingeniería Técnica) y Superior (Licenciados, Ingenieros y Doctores).
OCUPACIÓN ³	PROFESIONAL	Profesionales, Técnicos, Directores, Funcionarios Públicos Superiores.
	ADMINISTRATIVO	Personal Administrativo.
	COMERCIANTE	Comerciantes y vendedores.
	SERVICIOS	Personal de los Servicios de hostelería, domésticos, personales, de protección y seguridad.
	OBRAERO/AGRÍCOLA	Trabajadores agrícolas, forestales, pescadores y cazadores.
	OBRAERO NO AGRÍCOLA	Obreros no agrícolas, conductores de máquinas y vehículos de transportes.
TABACO	FUMADOR HABITUAL	Fumador de al menos 1 cigarrillo/día en la actualidad.
	EX FUMADOR	Fumadores habituales en el pasado pero no en la actualidad. (≥ 6 meses sin fumar).
	NO FUMADOR	Nunca ha fumado de forma regular.
HIPERTENSIÓN ⁴ ARTERIAL (H.T.A.) (O.M.S.)	NORMOTENSO	Tensión arterial sistólica (T.A.S.) ≤ 140 mm. Hg. con tensión arterial diastólica (T.A.D.) ≤ 90 mm. Hg. y sin tratamiento antihipertensivo farmacológico.
	H.T.A. LÍMITE	140 ≤ T.A.S. < 160 ó 90 ≤ T.A.D. < 95 y sin tratamiento antihipertensivo farmacológico.
	H.T.A. DEFINIDA	T.A.S. ≥ 160 o T.A.D. ≥ 95 o con tratamiento antihipertensivo farmacológico.
HIPERTENSIVO ⁵ (CONSENSO ESPAÑOL)	HIPERTENSO	T.A.S. ≥ 140 mm. Hg. o T.A.D. ≥ 90 mm. Hg. o con tratamiento antihipertensivo farmacológico.
	H.T.A. SISTÓLICA AISLADA	T.A.S. ≥ 160 mm. Hg. (con T.A.D. normal).
	H.T.A. DIASTÓLICA	LIGERA: 90-104 mm. Hg. MODERADA: 105-114 mm. Hg. GRAVE: ≥ 115 mm. Hg. Independientemente de la T.A.S.
HIPERTENSOS ⁶	CONTROLADOS	T.A.S. < 160 y T.A.D. < 95 y tratamiento F. de hipertensión.
	NO CONTROLADOS	T.A.S. ≥ 160 y/o T.A.D. ≥ 95 y tratamiento F. de hipertensión.
	NO TRATADOS/ NO CONTROLADOS	T.A.S. ≥ 160 y T.A.D. ≥ 95 sin tratamiento F. de hipertensión.

1. Según una clasificación que tiene en cuenta las peculiaridades de población de la Región de Murcia.

2. Clasificación sobre titulación del Padrón Municipal de Habitantes²⁴.

3. Clasificación de profesionales del Padrón Municipal de Habitantes²⁴.

4. Recomendaciones del Comité de Expertos sobre Hipertensión Arterial de la OMS²⁴.

5. Según Consenso para el Control de la Hipertensión Arterial⁴⁵ y otros grupos⁴⁶⁻⁴⁸.

6. WHO MONICA PROJECT⁴⁹.

F: Farmacológico.

FACTOR DE RIESGO	NIVELES	DEFINICIÓN	
OBESIDAD ⁷ (GARROW)	PESO NORMAL	I.M.C. menor de 25 Kg./m ² .	
	LÍMITE O SOBREPESO	I.M.C. ≥ 25 - 29,9	
	DEFINIDA	I.M.C. ≥ 30 - 30,9	
	MÓRBIDA	I.M.C. ≥ 40	
OBESIDAD ⁸		Hombres	Mujeres
	PESO NORMAL	I.M.C. < 26	< 24
	LÍMITE O SOBREPESO	I.M.C. 26 - 29,9	24 - 26,9
	DEFINIDA	I.M.C. 30 - 39,9	27 - 37,9
MÓRBIDA	I.M.C. ≥ 40	≥ 38	
HIPERCOLESTEROLEMIA ⁹ (H.C.T.)	COLEST. SÉRICO NORMAL	<200 mg./dl. (<5,2 mmol./l.)	
	H.C.T. LÍMITE	200 - 249 mg./dl. (5,2 - 6,4 mmol./l.)	
	H.C.T. DEFINIDA	≥ 250 mg./dl. (≥ 6,5 mmol./l.)	
COLESTEROL - H.D.L. ⁹	RIESGO	< 35 mg./dl. (< 0,9 mmol./l.)	
	NORMAL	≥ 35 mg./dl. (≥ 0,9 mmol./l.)	
TRIGLICERIDOS ⁹	RIESGO	≥ 200 mg./dl.	
	NORMAL	< 200 mg./dl.	
ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA ¹⁰ (A.F.V.)	NINGUNA A.F.V. MENOS DE 2 HORAS/ SEMANA A.F.V. ≥ 2 HORAS/SEMANA A.F.V.	Actividad Física Vigorosa ≥ 6 M.E.T. en horas/semana.	
DIABETES ¹¹	DIABÉTICO	Persona a la que alguna vez un médico le ha dicho que tiene diabetes y sigue tratamiento (farmacológico y/o dietético) por este motivo.	
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO	NINGUNO 1 2 MÁS DE 2	Sólo se consideran, combinada o aisladamente, el consumo de tabaco, la tensión arterial elevada y el colesterol sérico elevado.	

I.M.C.: Índice Masa Corporal.

7. Clasificación de Garrow⁵⁰.

8. Italian Consensus Conference⁵¹.

9. Siguiendo las consideraciones de las Sociedades Científicas^{52,53}.

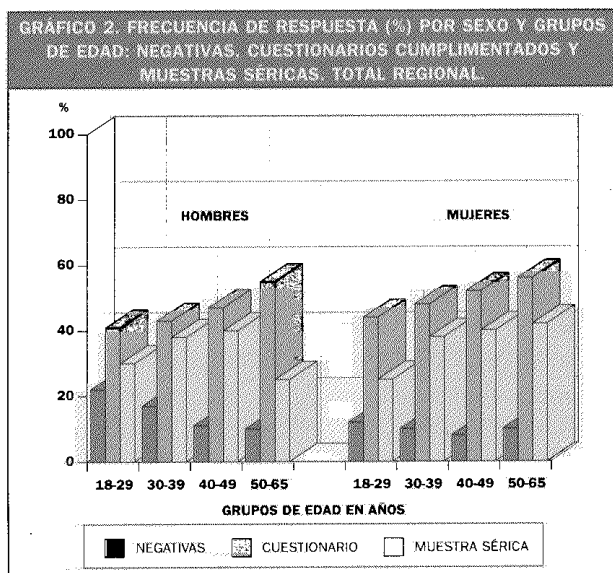
10. A.F.V. ≥ 6 M.E.T. (Kcal./Kg./min.): Fútbol, Tenis, Natación, etc.⁴⁰ y siguiendo la referencia^{54,55}.

11. Declarada.

RESULTADOS MÁS IMPORTANTES Y CONCLUSIONES

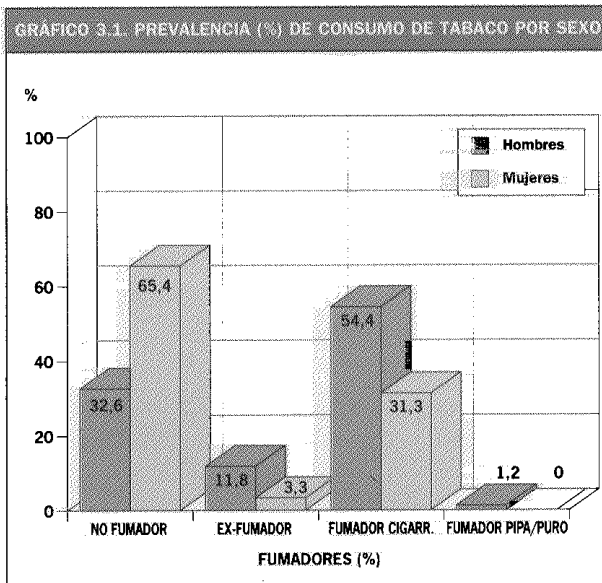
■ TASA DE RESPUESTA

1. Sobre un total de 5.087 personas elegibles, la tasa de respuesta global al cuestionario (gráfico 2) ha sido del 61% mientras que entre los entrevistados el 73,8% proporcionó una muestra sérica. Un 16% de las personas elegibles y localizadas se negaron a participar.



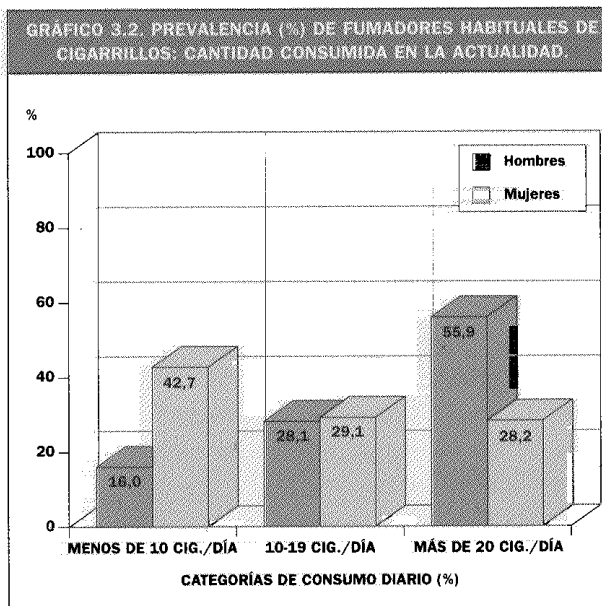
■ CONSUMO DE TABACO

2. La prevalencia de fumadores habituales (≥ 1 cig./día) es del 54,4% en hombres y del 31,3% en mujeres (gráfico 3.1), disminuyendo con la edad. El porcentaje de hombres ex-fumadores es 11,8% y aumenta con la edad. Comparativamente con la frecuencia media observada en el Estado español a través de las Encuestas Nacionales de Salud (1987 y 1993) la prevalencia se mantiene por encima del promedio y sin una tendencia decreciente.
3. En el grupo de edad más joven (18-29 años), la prevalencia de consumo habitual de cigarrillos entre sexos tiende a igualarse (60% en hombres y 53,8% en mujeres). Las principales diferencias en el consumo habitual de tabaco entre sexos se observan en las personas mayores de 40 años.
4. Entre los fumadores habituales de cigarrillos se observa que la mayoría (55,9%) de los hom-



bres son fumadores de 20 cig/día y más (grandes fumadores). En las mujeres, el mayor contingente (42,7%) se encuentra entre las fumadoras de <10 cig/día (gráfico 3.2).

5. La edad media de comienzo en el consumo habitual de tabaco es de 16,7 años en los hombres, habiendo permanecido constante en las sucesivas cohortes de edad estudiadas. Sin embargo, en las mujeres, la edad media de comienzo ha ido descendiendo y es en la actualidad de 18 años.
6. La prevalencia de fumadores habituales es mayor en los hombres del área del Altiplano

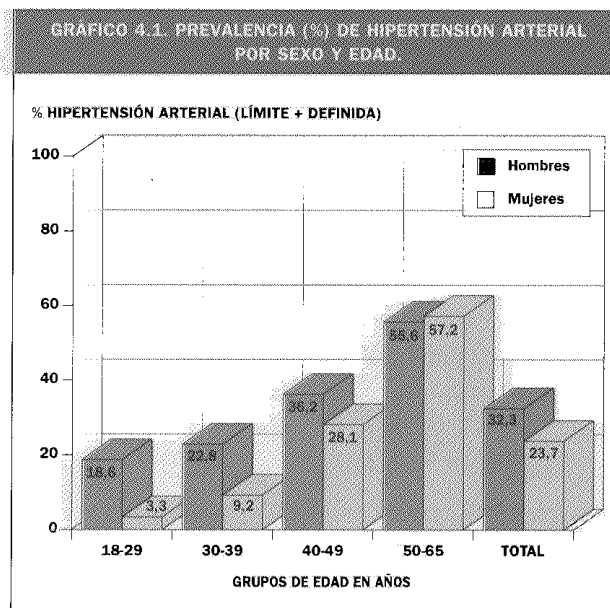


(61,3%) y de Murcia (59,8%) que en el conjunto de la Región (54,4%).

7. El consumo habitual de tabaco está uniformemente extendido en los hombres, independientemente del tipo de residencia (urbana, periurbana y rural). Por el contrario en las mujeres, el tipo de residencia urbano presenta la mayor prevalencia de fumadoras habituales (36,8%).
8. En general, los fumadores habituales de cigarrillos de ambos sexos aspiran siempre profundamente el humo del tabaco, dejan sin fumar menos de la mitad del cigarrillo y siempre consumen cigarrillos con filtro. Es prácticamente nulo el consumo de cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán.
9. Aunque no se observa aumento en la prevalencia de los demás factores de riesgo cardiovascular al aumentar el consumo de tabaco, la mayor proporción de estos factores entre los ex-fumadores sugiere que una fracción de las personas más expuestas al tabaco hayan dejado de fumar siguiendo indicaciones médicas o decisiones individuales.
10. La actividad física con efecto protector para la enfermedad coronaria (actividad vigorosa) presenta una tendencia inversa en hombres al aumentar el consumo de tabaco. En las mujeres, en cambio, la asociación es directa.
11. El consumo de anticonceptivos orales durante el último mes anterior a la entrevista fue tres veces más frecuente entre las fumadoras habituales (19%) que entre las no fumadoras (6,3%). Esta mayor frecuencia se mantiene en cada grupo de edad.

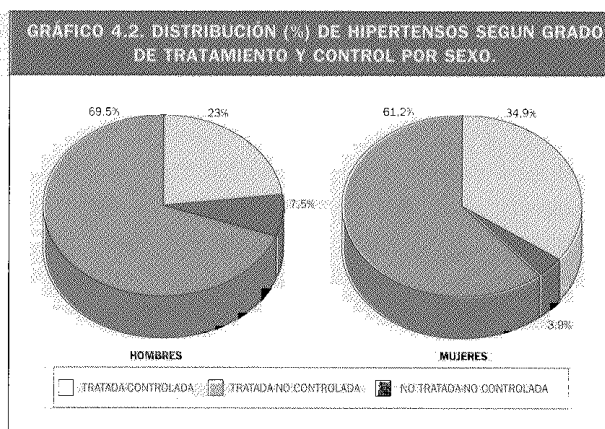
■ TENSIÓN ARTERIAL

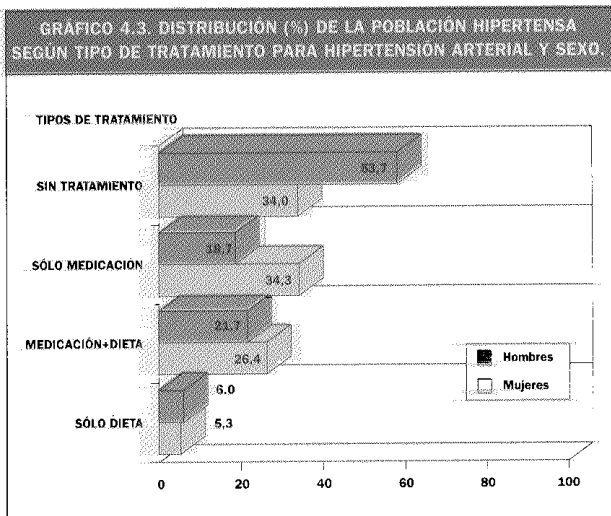
12. La prevalencia de hipertensión límite es de 19,2% en hombres y 10,3% en mujeres. La hipertensión definida presenta cifras de 13,1% y 13,4% para hombres y mujeres, respectivamente. Siguiendo el criterio del Consenso Español para el Control de la Hipertensión Arterial el 32,3% de los hombres y el 23,7% de las mujeres de la Región de Murcia serían hipertensos (gráfico 4.1).
13. Considerando tan sólo la presión diastólica, la mayor parte de los hipertensos de ambos sexos tendrían formas ligeras de la enferme-



dad, presentando una consistente tendencia a aumentar, según la edad, en ambos sexos.

14. De las personas con hipertensión arterial definida mientras el 34,9% de las mujeres hipertensas están tratadas y controladas, sólo lo están el 23% de los hombres (gráfico 4.2). Dos veces más hombres (7,5%) que mujeres (3,9%) están tratados y no controlados. En cambio, la gran mayoría de hipertensiones definidas observadas en ambos sexos no están tratadas ni controladas.
15. Entre los hombres con hipertensión arterial definida la gran mayoría no sigue ningún tipo de tratamiento. En ambos sexos la medicación, aisladamente o con dietas, fue la terapia seguida con más frecuencia entre las personas que reciben tratamiento (gráfico 4.3).
16. Se observan pequeñas diferencias entre áreas de salud para ambos sexos, explicables en parte por variaciones aleatorias. Sin embargo,



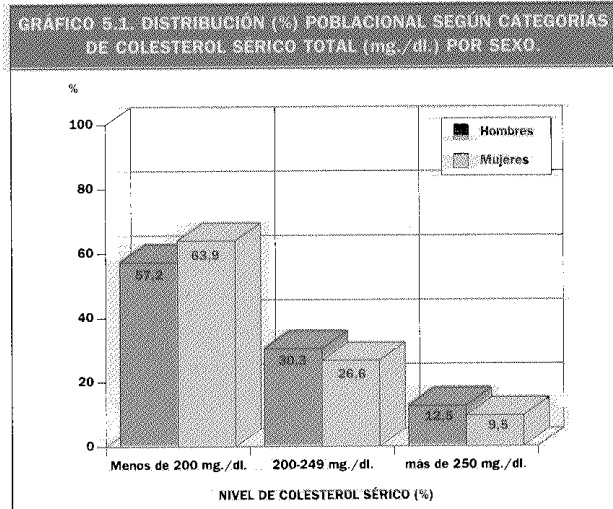


la Vega del Segura presenta consistentemente altas tasas de hipertensión en ambos sexos.

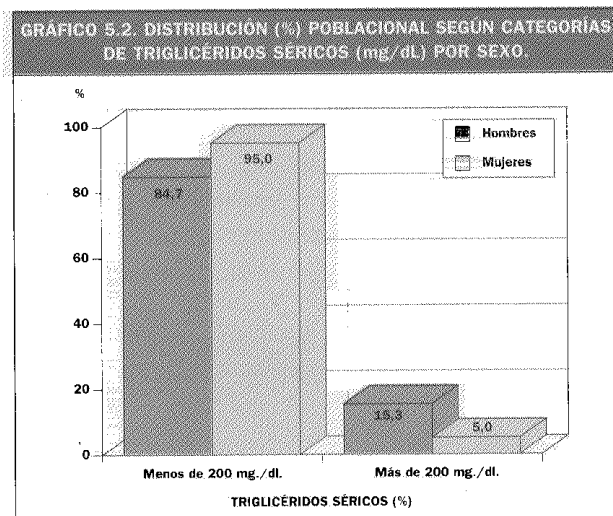
17. Considerando el comportamiento de los demás factores de riesgo según niveles de tensión arterial se observa una tendencia al incremento de la prevalencia de otros factores de riesgo al aumentar las cifras tensionales. Esto ocurre para el colesterol sérico, obesidad y diabetes en ambos sexos. La actividad física vigorosa presenta una tendencia inversa en ambos sexos.

■ LÍPIDOS PLASMÁTICOS

18. El colesterol medio de la población adulta de la Región de Murcia es de 192,5 y 187,3 mg/dl en hombres y mujeres respectivamente, aumentando con la edad.
19. Las cifras de H.D.L.-colesterol sérico son, para ambos sexos y edades, más elevadas (57,6 y 67,1 mg./dl. de media en hombres y mujeres, respectivamente) que las observadas en otros estudios españoles no estrictamente comparables. Sin embargo, son consistentes con resultados recientes observados en niños de 6 a 18 años en la Región de Murcia.
20. Para los triglicéridos las cifras serían 136,1 y 96,9 mg./dl. en hombres y mujeres respectivamente.
21. Aproximadamente la mitad de los hombres (42,8%) y una tercera parte de las mujeres (36,1%) tienen cifras de colesterol por encima del umbral de riesgo establecido (gráfico 5.1). Un 12,5% en hombres y 9,5% en mujeres presentan cifras por encima de los 250 mg./dl.



22. En cuanto a los triglicéridos, un 15,3% de los hombres y un 5% de las mujeres están por encima del umbral considerado de riesgo de 200 mg./dl. (gráfico 5.2).

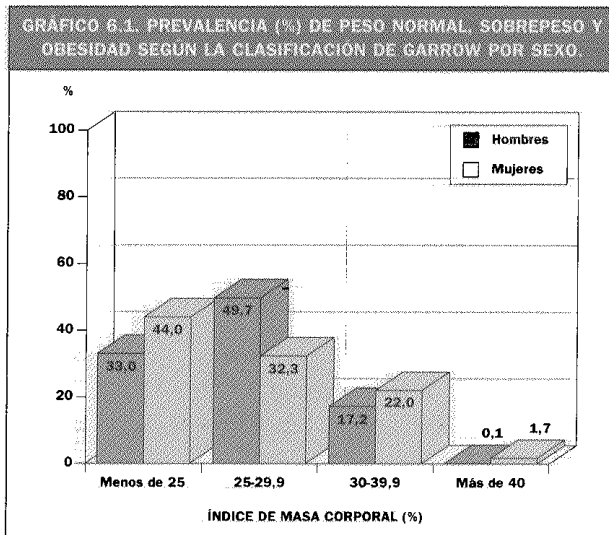


23. Se observa una asociación directa entre el tipo de residencia urbano y la proporción de población hipercolesterolemia.
24. Excepto para la actividad física vigorosa y el consumo de tabaco habitual los demás factores de riesgo cardiovascular aumentan al incrementarse la concentración media de colesterol sérico. La obesidad definida asociada con hipercolesterolemia es evidente tan sólo en las mujeres.

■ SOBREPESO Y OBESIDAD

25. La prevalencia de obesidad definida en la Región de Murcia según la clasificación clásica de Garrow es de 17,3% y 23,7% en hombres y mujeres, respectivamente. La prevalencia de

sobrepeso es del 49,7% en hombres y del 32,3% en mujeres. El 67% de los hombres y el 56% de las mujeres de la Región de Murcia están por encima del peso considerado como normal (gráfico 6.1).

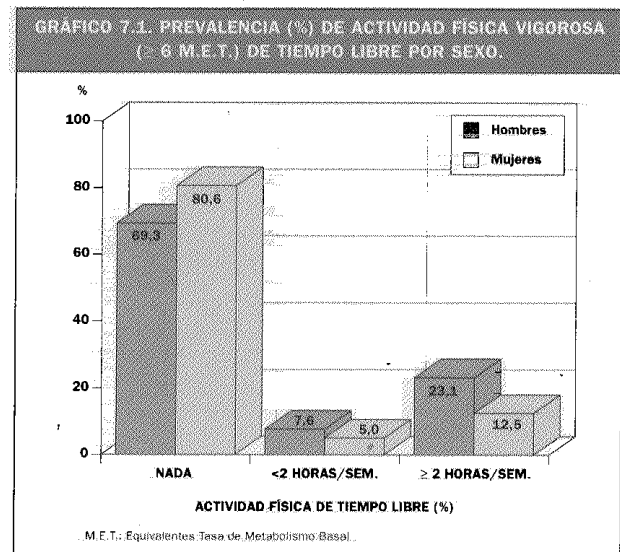


26. La prevalencia de los otros factores de riesgo cardiovascular tiende a aumentar con el exceso de peso, siendo este fenómeno más acusado en mujeres. Sin embargo, el porcentaje de personas que realizaron actividades con ejercicio físico vigoroso así como el de fumadores habituales muestra un patrón inverso al exceso de peso.

■ ACTIVIDAD DEPORTIVA

27. El gasto energético en actividades de tiempo libre en la población es mayor en hombres y es máxima en las edades más jóvenes.
28. El número de personas que realizan alguna actividad deportiva moderada y vigorosa decrece con la edad y hay aproximadamente la mitad de mujeres que de hombres en este grupo para cada estrato de edad.
29. La cantidad de kilocalorías/día gastadas en estos tipos de actividad física realizada con regularidad junto con la duración de la actividad física vigorosa (A.F.V. ≥ 6 M.E.T.) en horas a lo largo de las dos semanas anteriores a la entrevista proporciona información sobre las características de las personas que realizan algún ejercicio compatible con la protección coronaria. El 23,1% de los hombres y el 12,5% de las mujeres realizaron, en las dos semanas anteriores a la entrevista, actividades deporti-

vas de tiempo libre compatibles con la protección coronaria (gráfico 7.1).

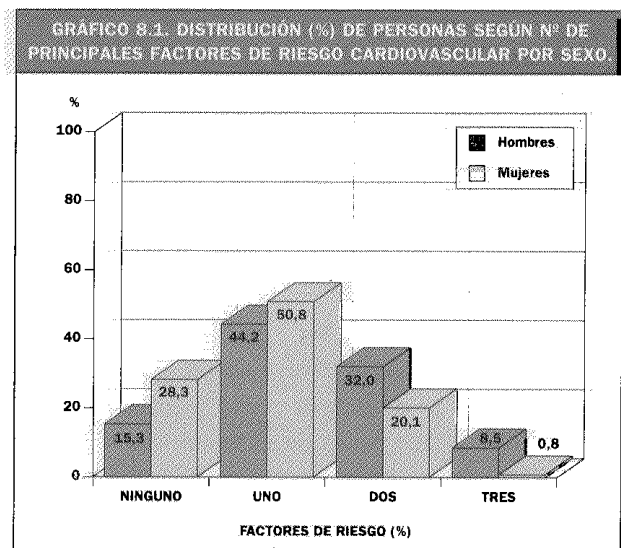


30. Una mayor proporción de hombres de zonas urbanas realizan A.F.V.

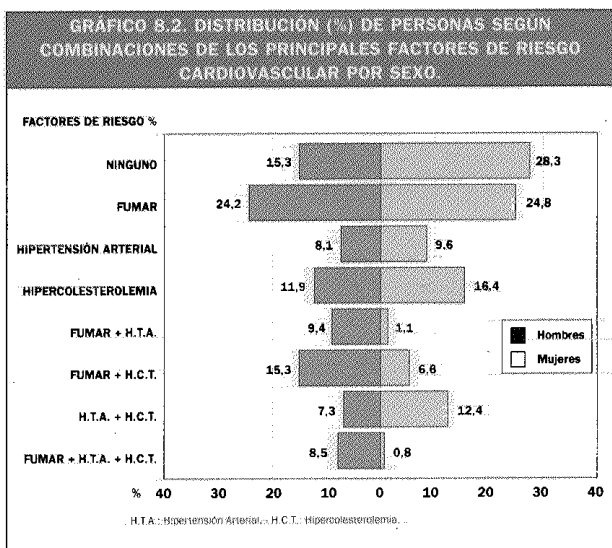
31. La asociación inversa entre otros factores de riesgo cardiovascular y la A.F.V. puede observarse en ambos sexos, excepto el consumo habitual de tabaco que en las mujeres aumenta al aumentar el nivel de A.F.V.

■ MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO

32. El 84,7% de los hombres y el 71,7% de las mujeres participantes presentaban al menos uno de los principales factores de riesgo cardiovascular: consumo habitual de tabaco, hipertensión arterial o hipercolesterolemia (gráfico 8.1).



33. Aproximadamente el 40,5% de los hombres y la mitad de esta cifra en mujeres (20,9%) presentan dos o más factores de riesgo asociados.
34. Considerando los factores de riesgo aisladamente, la prevalencia del consumo habitual de tabaco es el más importante (gráfico 8.2).

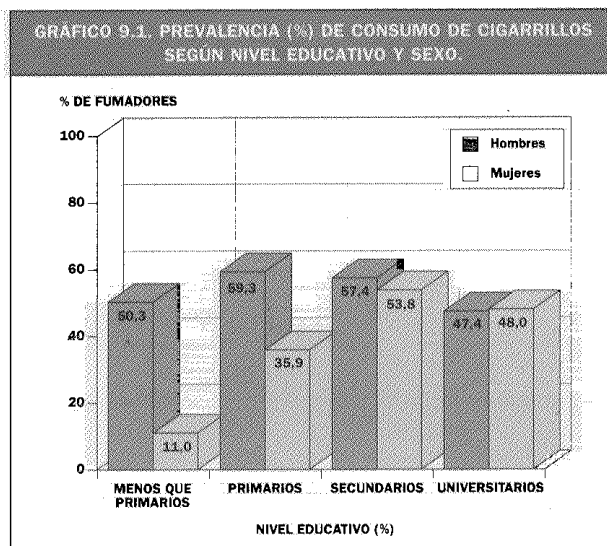


35. La combinación de dos factores de riesgo más frecuente en hombres es el tabaco junto a la hipercolesterolemia. En mujeres la hipertensión y la hipercolesterolemia. Un 8,5% de los hombres y un 0,8% de las mujeres presentaron los tres factores de riesgo simultáneamente.
36. Al aumentar el I.M.C. aumenta también la prevalencia de los demás factores de riesgo, excepto el consumo de tabaco.
37. En la categoría de obesidad definida observamos un 12,8% de hombres y un 1,9% de mujeres con los tres principales factores de riesgo. Sin embargo, existe un 25,8% de mujeres obesas con el colesterol y la tensión arterial elevadas.
38. Entre las personas que no realizan ninguna actividad física vigorosa un 11,7% de los hombres presenta los tres factores de riesgo asociados y un 14,1% de las mujeres presenta hipercolesterolemia e hipertensión.

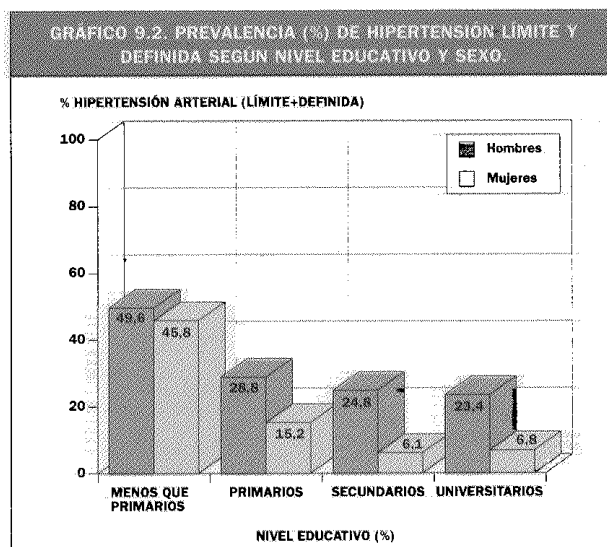
**FACTORES SOCIOECONÓMICOS:
NIVEL EDUCATIVO**

39. La mayor prevalencia de fumadores habituales se observa, en hombres, en el nivel de estudios primarios (59,3%), aunque lo habitual del con-

sumo hace que no existan importantes diferencias según nivel de estudios. El comportamiento es diferente en las mujeres donde, el consumo habitual, es más frecuente en el nivel educativo secundario y universitario (gráfico 9.1).



40. La hipertensión arterial presenta un gradiente inverso con el nivel educativo, en ambos sexos, aunque es más evidente en hombres (gráfico 9.2).



41. En las mujeres, el nivel medio del colesterol disminuye a medida que aumenta el nivel de estudios. El patrón no es igual de consistente en los hombres (gráfico 9.3).
42. El sobrepeso y la obesidad presentan una tendencia inversa con el nivel máximo de estudios alcanzados sobre todo en mujeres (gráfico

GRÁFICO 9.3. PREVALENCIA (%) DE COLESTEROL SÉRICO TOTAL ELEVADO (≥ 200 mg./dl.) SEGUN NIVEL EDUCATIVO Y SEXO.

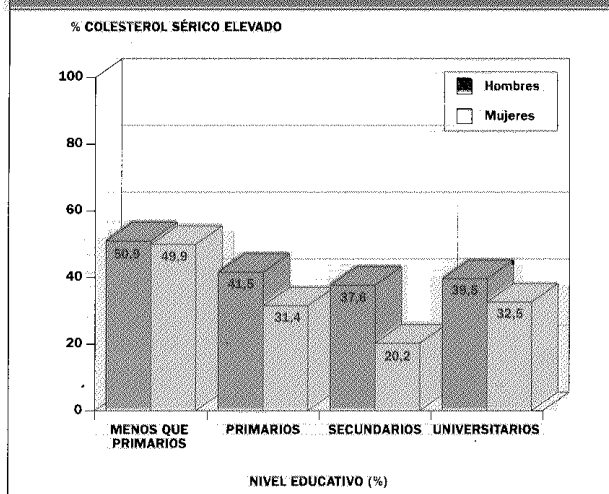


GRÁFICO 9.5. PREVALENCIA (%) DE ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA (≥ 6 M.E.T.) DE TIEMPO LIBRE SEGUN NIVEL EDUCATIVO Y SEXO.

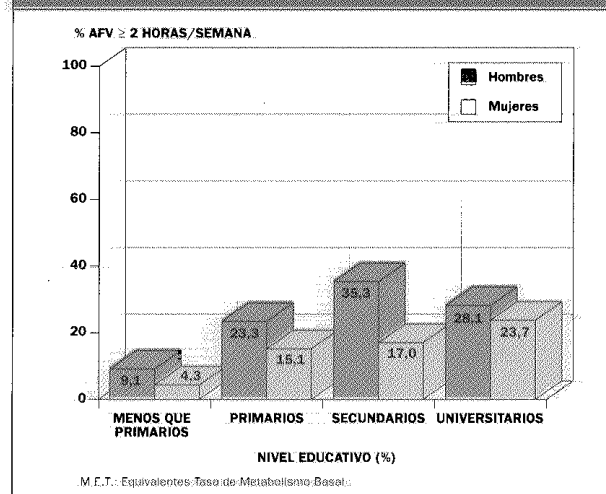
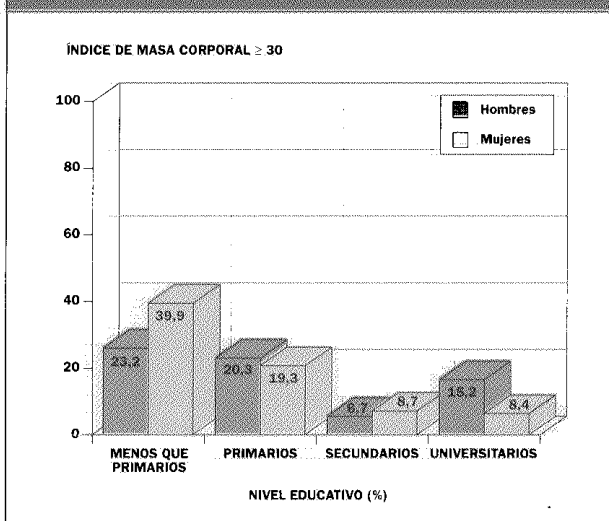


GRÁFICO 9.4. PREVALENCIA (%) DE OBESIDAD SEGUN NIVEL EDUCATIVO Y SEXO.



9.4). Es cinco veces más frecuente encontrar una mujer obesa que no ha completado la enseñanza primaria (39,9%) que una mujer con estudios universitarios (8,4%). Esta asociación se observa también según el tipo de ocupación de las mujeres y el tipo de residencia, con las menores prevalencias de obesidad en ocupaciones que requieren un cierto nivel educativo y en medios urbanos.

43. Se observa un gradiente directo entre nivel de estudios y A.F.V. (gráfico 9.5) en mujeres.

44. Mientras la coexistencia de tres factores de riesgo disminuye al aumentar el nivel educativo en los hombres, en las mujeres ocurre lo contrario debido a la asociación entre consumo de tabaco y nivel educativo en este sexo.

SUMMARY OF THE MOST IMPORTANT RESULTS AND CONCLUSIONS

■ RESPONSE DATE

1. From a total of 5,087 eligible persons, overall response rate to the question, *aire* (graph 2) was 61% whereas among those interviewed 73.8% provided sera specimens. Out of 16% from the eligible people refused to participate.

■ CURRENT CIGARETTE SMOKING

2. The prevalence of current cigarette smoking (≥ 1 cig/day) is of 54.4% in men and 31.3% in women (graph 3.1), decreasing with age. The percentage of male former smokers is 11.8% increasing with age. Comparatively, the average rate observed in Spain through the National Health Surveys (1987 and 1993) shows that consumption is above country average and is not decreasing.
3. In the youngest age group (18-29 yrs.) current cigarette smoking tends to be equal between the sexes (60% in males and 58% in females). The main differences between sexes in the regular consumption of tobacco is observed in people older than 40.
4. Among regular cigarette smokers, it can be observed that the majority (55.9%) of the men smoke ≥ 20 cig/day (heavy smokers). In women, the biggest group (42.7%) is found to smoke ≤ 10 cig/day (mild smokers) (graph 3.2).
5. The average age for beginning to smoke regularly is 16.7 in men, having remained constant in the successive groups of the ages studied. However, in women, the average age for beginning to smoke regularly has been decreasing and is at 18 years.
6. The presence of current cigarette smokers is greater in men from the area of Altiplano (61.3%) and of Murcia (59.8%) than in the Region as a whole (54.4%).
7. Current cigarette smoke is uniformly found among males, independent of type of residence (urban, periurban and rural). In contrast with women, an urban residence presents the greatest prevalence of current cigarette smokers.

8. Generally, current cigarette smokers of both sexes, deeply inhale the tobacco smoke, leaving unsmoked less than half of the cigarette and use, most of the time, filtered cigarettes. The use of cigarettes low in nicotine is practically null.
9. Although other risk factors aren't observed to be equally increasing as is smoking, the biggest proportion of these factors among former smokers suggest that a fraction of those most exposed to tobacco have quit smoking following medical indications or personal decisions.
10. Vigorous leisure time physical activity, which has a protective effect against coronary illness, is inversely associated to cigarette use in men. In women, however, a direct association is observed.
11. The use of oral contraceptives during the month before the interview was three times more frequent among current cigarette smokers (19%) than among non-smokers (6.3%). This pattern is maintained in each age group.

■ BLOOD PRESSURE

12. The presence of mild hypertension is 19.2% in males and 10.3% in females. Severe hypertension presents numbers of 13.1% and 13.4% for men and women respectively. Following the criteria of the Spanish Consensus for the Control of Arterial Hypertension the 32.3% of men and the 23.7% of women of the Región of Murcia would have high blood pressure (graph 4.1).
13. Considering only the diastolic pressure, the majority of hypertension cases of both sexes are seen to have mild forms of hypertension, presenting a consistent tendency to increase with age in both sexes.
14. Of those with severe arterial hypertension while 34.9% of the females with hypertension are treated and controlled, while only 23% of the men are equally treated (graph 4.2) Twice as many men (7.5%) as women (3.9%) are treated

and not controlled. In spite of this, the great majority of the observed severe hypertension cases are not treated nor controlled.

15. Among people with severe arterial hypertension most don't follow any type of treatment, being medication alone, the therapy used most frequently among those who receive treatment (graph 4.3).
16. Small differences can be seen between health areas for both sexes, explained in part by random variations. However, the Vega del Segura consistently presents high rates of high blood pressure in both sexes.
17. Considering the affects of the other risk factors according to arterial blood pressure one can observe a trend towards increase from the prevalence of risk factors to an increase in the pressure figures. This occurs for serum cholesterol, obesity, and diabetes in both sexes. Physical activity is inversely presented in both sexes.

■ SERUM LIPIDS

18. The average serum cholesterol level of adults in the Region of Murcia is 192.5 and 187.3 mg/dl in both sexes, increasing with age.
19. The correspondent figures of HDL-cholesterol are for both sexes and ages, higher (57.6 and 67.1 mg/dl on average in both males and females) than those observed in other Spanish studies not strictly comparable. However, they are consistent with recently observed results in children of 6 to 18 years in our Region.
20. For triglycerides the figures would be 136.1 and 96.9 mg/dl in both sexes.
21. Approximately, half of the men (42.8%) and one third of the women (36.1%) have cholesterol figures above the risk threshold established at 200 mg/dl (graph 5.1). Of these, 12.5% of men and 9.5% of women present figures above 250 mg/dl.
22. In dealing with triglycerides, 15.3% of males and 5% of females are above the considered risk threshold of 200 mg/dl (graph 5.2).
23. One can observe a direct pattern between type of urban residence and the proportion of hypercholesterol.

24. Except for vigorous physical activity and current cigarette smoking, the rest of the figures for cardiovascular risk add to an increase in the average concentration of serum cholesterol. The defined obesity, associated with hypercholesterol is evident only in women.

■ OVERWEIGHT AND OBESITY

25. The presence of obesity in the Region of Murcia, according to the classic Classification of Garrow is 17.3% in men and 23.7% in women. The prevalence of overweight is 49.7% in males and 32.3% in women, 67% of men and 56% of women in the Murcian Region are above the might considered as normal (graph 6.1).
26. The presence of other cardiovascular risk factors tends to increase with an increase in body weight. This phenomenon appears more in women. However, the percentage of people who participate in vigorous physical activity, as with that of people who habitually smoke, shows an inverse pattern to excess weight.

■ CONDITIONING PHYSICAL ACTIVITY

27. Energetic expenditure in vigorous leisure time physical activities is greater in men and is greatest among young people.
28. The number of people that do some form of moderate and vigorous leisure time physical activities, decreases with age and there is approximately half the number of women as men in this category for each age group.
29. The quantity of kilocalories/day used in these activities done with regularity together with the duration of the vigorous physical activity (≥ 6 MET) in hours throughout the two weeks before the interview lends information on the characteristics of the people who do some exercise compatible with coronary protection. 23% of men and 12.5% of women did, in the two weeks before the interview, vigorous leisure time physical activities which supply coronary benefit (graph 7.1).
30. A bigger proportion of men from urban settings do vigorous leisure time physical activities.
31. The inverse relationship between other cardiovascular risk factors and leisure time physical

activities can be observed in both sexes, except in the case of women who currently smoke cigarettes due to the association between current cigarette smoke and educational level in this sex.

■ MULTIPLE RISK FACTORS

32. Overall, 84.7% of men and 71.7% of woman presented at least one of the principal cardiovascular risk factors: current cigarette smoke, high blood pressure or high serum cholesterol (graph 8.1.).
33. Approximately 40.5% of men and half of this figure in women (20.9%) present two or more associated risk factors.
34. Considering the risk factors one by one, the presence of current cigarette smoke is the most important (graph 8.2).
35. The combination of two factors most frequently found in men is tobacco with hypercholesterol. In women the combination is high blood pressure with hypercholesterol. 8.5% of men and 0.8% of women present these three factors simultaneously.
36. When body mass index increases there is an increase in the rest of the risk factors, except current cigarette smoking.
37. In the category of obesity we see 12.8% of males and 1.9% of females with the three main risk factors. However, there exists 25.8% of obese women with high cholesterol and high arterial tension.
38. Among those who don't do any vigorous physical activity, 11.7% of the men present the three associated risk factors and 14.1% of the women present high cholesterol and high blood pressure.

■ SOCIOECONOMIC FACTORS: EDUCATIONAL LEVEL

39. The greatest concentration of current cigarette smokers is seen in men who completed no more than elementary school (59.3%) although for regular cigarette use, there don't exist important differences according to level of schooling. The results are different among women where regularly smoking is most frequently found in those with high school and university studies (graph 9.1).
40. High blood pressure shows an inverse pattern with educational level, in both sexes, although it is most obvious in men (graph 9.2).
41. In women, the average cholesterol level decreases as educational level increases, finding the lowest cholesterol level among those with university education. This pattern isn't the same with males (graph 9.3).
42. Overweight and obesity show an inverse curve to that of achieved level of education, above all in women (graph 9.4). It is five times more frequent, to find among our population, an obese women who hasn't completed elementary school (39.9%) than to find such a women with university studies (8.4%). Such a connection is also seen according to occupation type for the woman and type of residence with the least presence of obesity in jobs which require a certain level of schooling and in urban areas.
43. A direct relationship is seen educational level and vigorous leisure time physical activities (graph 9.5).
44. While the coexistence of the three risk factors decreases as education level increases in men, in women we find the opposite due to the connection between tobacco use and educational level in this sex.

TASA DE RESPUESTA

La muestra elegible en la Región fue de 5.087 personas (tabla 2.1). La tasa de respuesta global al cuestionario ha sido del 61% (gráfico 2) oscilando entre el 68% obtenido en el área de Lorca y el 51% en la Vega del Segura (tablas 2.2-2.7). La respuesta positiva a la petición de una muestra de sangre fue globalmente del 48%, obteniéndose la mayor participación en el área del Altiplano con el 54% y la menor, del 42%, en la Vega del Segura. La tasa de respuesta fue más elevada en mujeres, para cualquier grupo de edad y componente del estudio (cuestionario y suero). El aumento de edad se asoció a una mayor tasa de participación en ambos sexos. La tasa de negativa a participar, entre personas elegibles y localizadas, proporciona información sobre las personas que realmente no desearon participar en el estudio, y que puede ser una fuente de sesgo de selección en los resultados. La tasa de negativa fue globalmente del 16% suponiendo el 41% de los motivos de no respuesta. Sin embargo, las diferencias entre áreas son importantes, oscilando entre el Noroeste con un 25% y la Vega del Segura con un 7%. Este indicador debe ser interpretado con precaución ya que una alta tasa de negativa puede indicar que ha sido posible localizar la mayor parte de la muestra, negándose una fracción a participar y sugiere que existen unos registros de población actualizados y un posible sesgo de selección debido a las no respuesta. Alternativamente, una baja tasa de negativa puede indicar problemas en la exhaustividad de la captación o limitaciones en los registros de población proporcionados por el Padrón Municipal de Habitantes como errores o direcciones incompletas. En esta última situación queda una porción importante de personas ilocalizables, no existiendo información suficiente para eliminarlos de la población elegible, engrosando la tasa de no respuesta. Diferentes estudios en nuestro medio han apuntado a los errores del Padrón como responsables de la limitada tasa de respuesta en estudios poblacionales^{28,29}.

Como ya se ha mencionado anteriormente, se realizó una encuesta telefónica a una muestra de no respuestas. Los resultados señalan que la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular puede estar subestimando el nivel educativo y el consumo de tabaco entre las mujeres. Además, en ambos sexos puede estar sobrestimando la proporción de personas a las que algún médico les ha dicho alguna vez que tienen la tensión arterial elevada.

CONSUMO DE TABACO

Los efectos adversos del tabaco sobre la salud están bien documentados^{60,63}. Las tasas de mortalidad son mayores para fumadores que no fumadores debido principalmente al aumento del riesgo de morir por cáncer de pulmón, enfermedad obstructiva crónica, enfisema y enfermedades cardiovasculares^{4,64-66}. Cálculos recientes sobre el número de muertes atribuibles al tabaco estiman que un 20% de todas las muertes en los países desarrollados son atribuibles al tabaco, siendo la estimada para los hombres de 35-69 años de nuestro país del 28% y del 34% para los años 1985 y 1995, respectivamente⁶⁷. Tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad cardiovascular, cerebrovascular y coronaria son mayores para los fumadores que para los no fumadores^{68,69}. Los mecanismos por los cuales el tabaco se convierte en un factor de riesgo independiente e importante del infarto de miocardio, muerte súbita, accidentes cerebrovasculares y enfermedad vascular periférica se debe a la actuación de la nicotina sobre el sistema simpático, con su impacto en la agregación plaquetaria y la composición de lípidos plasmáticos^{70,71}. Combinando los resultados de varios estudios se confirma la asociación directa del tabaco con el colesterol total, triglicéridos, V.L.D.L. y L.D.L.-colesterol y la relación inversa con H.D.L.-colesterol y apoproteína A-I⁷². Existe un incremento del riesgo en mujeres mayores de 35 años que toman anticonceptivos orales sugiriendo un efecto sinérgico entre ambas exposiciones^{73,74}. Una revisión de los posibles beneficios del cese del hábito de fumar indica que las personas que abandonan el consumo de tabaco reducen, en los cinco años siguientes, entre un 50-70% su riesgo de infarto agudo de miocardio⁷⁵.

La prevalencia de fumadores habituales de cigarrillos en la Región de Murcia es del 54,4% en hombres y del 31,3% en mujeres, disminuyendo con la edad (tabla 3.1, gráfico 3.1). Sin embargo, en el grupo de edad más joven (18-29 años) la prevalencia entre sexos se acerca, con un 60,1% en los hombres y 53,8% en las mujeres. Las principales diferencias entre sexos se observan en mujeres mayores de 40 años. El porcentaje de ex-fumadores en hombres es del 11,8% y aumenta con la edad. Entre los fumadores habituales de cigarrillos (tabla 3.2, gráfico 3.2) se observa que la gran mayoría (55,9%) de los hombres son fumadores de 20 cig./día y más (grandes fumadores). En las mujeres, el mayor contingente (42,7%) se encuentra en-

tre las fumadoras de menos de 10 cig./día. La edad media de comienzo en el consumo de tabaco (tabla 3.3) es de 16,7 años en los hombres, permaneciendo estable en las sucesivas cohortes de edad. Sin embargo, la edad media de comienzo en las mujeres ha ido descendiendo y es en la actualidad de 18 años, aunque en el grupo más joven (18-29 años) la edad de comienzo es de 16,2 años.

La prevalencia de fumadores habituales según áreas de salud (tablas 3.4-3.5) es mayor en hombres en el área del Altiplano (61,3%) y en la de Murcia (59,8%).

Sin embargo, en el Altiplano la proporción de grandes fumadores es menor que la observada en el área de Murcia (datos no mostrados). En las mujeres no se observan áreas con mayor consumo que la media regional y, sin embargo, sobresalen las áreas del Noroeste y Lorca por su relativamente baja proporción de fumadoras sobre todo a expensas del menor número de fumadoras de 30-39 años.

Si bien no se observan diferencias en la prevalencia de fumadores habituales entre los diferentes tipos de residencia, las mujeres de poblaciones de más de 10.000 habitantes presentan una mayor proporción de consumo habitual de tabaco (tabla 3.6).

En general, los fumadores habituales de cigarrillos de ambos sexos aspiran siempre profundamente el humo del tabaco, dejan sin fumar menos de la mitad del cigarrillo, siempre consumen cigarrillos con filtro. Es prácticamente nulo el consumo de cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán (tabla 3.7).

Para cada categoría de consumo de tabaco (no fumador, ex-fumador, <10 cig./día, 10-19 cig./día y \geq 20 cig./día) se ha calculado (tabla 3.8) la prevalencia, estandarizada por edad con la población de Murcia del Censo de 1991, de los restantes factores de riesgo diferenciando, cuando existen, las categorías límite y definida de cada factor. No se observa aumento en la prevalencia de los demás factores de riesgo al aumentar el consumo de tabaco. Este hecho está presente, consistentemente, para ambos sexos y para las categorías límite y definida de los factores. Sin embargo, las personas que han dejado de fumar presentan las prevalencias más elevadas de otros factores de riesgo en su categoría definida. Una posible explicación, en un estudio transversal en el que las ex-

posiciones y estados patológicos se miden al mismo tiempo, es que una fracción de las personas con la tensión arterial o el colesterol elevados, con obesidad y/o diabetes hayan dejado de fumar siguiendo indicaciones médicas o decisiones individuales. Por tanto, una tendencia esperable al aumento de la prevalencia de los demás factores al aumentar el consumo de tabaco en individuos sin diagnóstico previo de otro factor de riesgo cardiovascular, puede verse diluida por los cambios de hábitos de los individuos con diagnóstico médico previo.

Una excepción es el comportamiento de la actividad vigorosa, generalmente asociado a niveles de salud aceptables, que sí presenta una tendencia inversa en hombres al aumentar el consumo de tabaco. En las mujeres, en cambio, la asociación es directa, señalando que es posible que en el momento actual al tipo de mujer que hace ejercicio vigoroso vaya asociado el consumo de tabaco.

Por último, el consumo de anticonceptivos orales con contenido hormonal durante el último mes anterior a la entrevista fue tres veces más frecuente entre las fumadoras habituales que entre las no fumadoras (tabla 3.9).

En resumen, el principal factor de riesgo evitable, el tabaco, está distribuido de forma epidémica en la Región de Murcia. Resultados comparativos con la Encuesta Nacional de Salud (E.N.S.), 1987²³ (con una muestra más reducida) indican que la prevalencia de tabaquismo ha disminuido 4 puntos en los hombres (aunque sigue siendo muy elevada). En las mujeres ocurre lo contrario con un aumento de casi 8 puntos. Un avance de los resultados de la ENS, 1993⁷⁶ sitúa a la Región de Murcia en la segunda posición en cuanto a prevalencia de fumadores de ambos sexos (40%) y sin cambios con respecto a la tasa obtenida en 1987. Para el conjunto del Estado, la E.N.S., 1993⁷⁶ detecta una disminución en la prevalencia a expensas de los grupos más jóvenes que no se observa en la Región de Murcia.

Las cifras son también superiores, sobre todo en cuanto a grandes fumadores, a las registradas en una encuesta sobre factores de riesgo cardiovascular realizada en 1989 a una muestra representativa de población española de 35 a 64 años⁷⁷. El impacto que sobre la Salud Pública puede tener la reducción del consumo de tabaco pero, sobre todo, la no incorporación de nuevos fumadores, es evidente.

TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA

La tensión arterial elevada es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar algún tipo de enfermedad cardiovascular. Existe clara evidencia de que la elevación de la tensión arterial sistólica, diastólica o ambas aumenta la probabilidad de enfermedad coronaria, cerebrovascular, arteriosclerosis y mortalidad total^{6,78-80}. El tratamiento y control de la tensión arterial elevada reduce el riesgo de accidente cerebrovascular y posiblemente de enfermedad isquémica^{81,82}. En base a un reciente meta-análisis de ensayos clínicos controlados⁸¹ se ha estimado un 2-3% de reducción en riesgo coronario por cada mm. Hg. de descenso en la tensión arterial diastólica. Aunque, en la práctica clínica, se obtienen con frecuencia descensos de hasta 20 mm. Hg. utilizando combinaciones farmacológicas y dietéticas, las reducciones medias de tensión diastólica observadas en los estudios revisados están alrededor de 5-6 mm. Hg. El tratamiento no farmacológico de la ele-

vación de la tensión arterial incluye la modificación de determinantes tan importantes de riesgo como son la obesidad, el consumo de alcohol y la nutrición⁴⁵, incluyendo el consumo de sal⁸³.

Desde 1989 existen datos publicados sobre hipertensión arterial en los diferentes centros colaboradores del estudio MONICA⁴³, incluyendo el centro de MONICA-Cataluña. La metodología utilizada a lo largo de este estudio hace que sea nuestro punto de referencia comparativo y, a él volveremos más adelante.

La distribución en percentiles de las presiones sistólica y diastólica (tablas 4.1-4.2, gráficos 4.4-4.7) permite conocer la curva tensional poblacional libre de asunciones previas sobre su distribución. Otra forma de presentar la distribución es categorizándola en grupos de 10 mm. Hg. (tablas 4.3-4.4).

La prevalencia de hipertensión límite es de 19,2% en hombres y 10,3% en mujeres. Para la hipertensión definida las cifras son 13,1% y 13,4% para hombres y mujeres, respectivamente (tabla

GRÁFICO 4.4. DISTRIBUCIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mm. Hg.) EN PERCENTILES: HOMBRES.

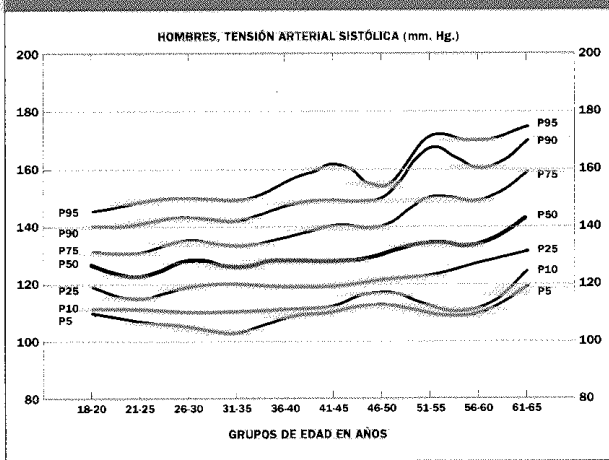


GRÁFICO 4.5. DISTRIBUCIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mm. Hg.) EN PERCENTILES: MUJERES

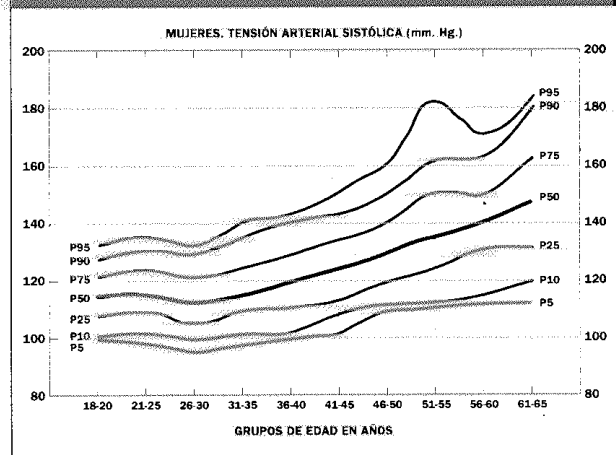


GRÁFICO 4.6. DISTRIBUCIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mm. Hg.) EN PERCENTILES: HOMBRES

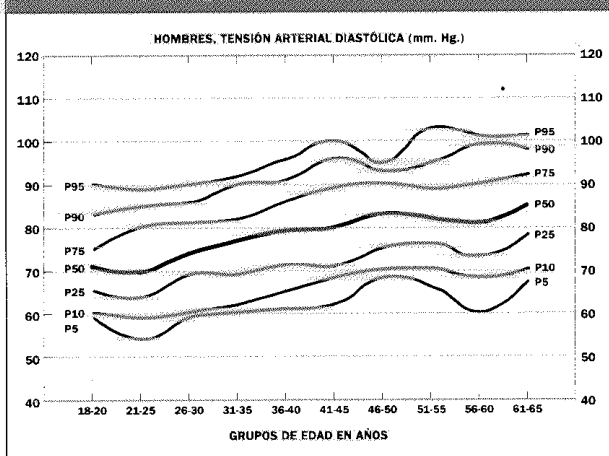
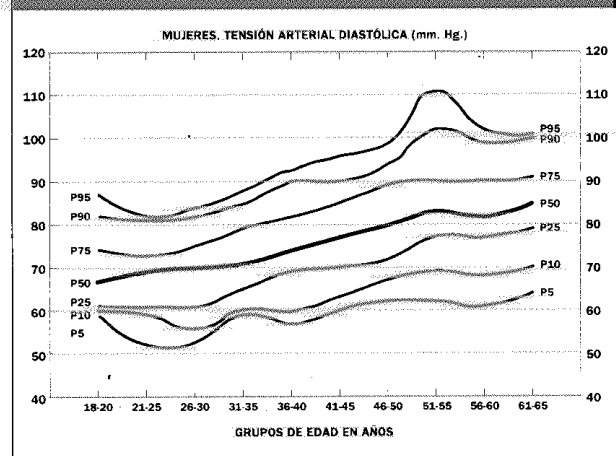


GRÁFICO 4.7. DISTRIBUCIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mm. Hg.) EN PERCENTILES: MUJERES



4.5). Siguiendo el criterio del Consenso Español para el Control de la Hipertensión arterial⁴⁵ y otras conferencias de consenso⁴⁶⁻⁴⁸, 32,3% de los hombres y 23,7% de las mujeres serían hipertensos (gráfico 4.1). En general, tanto la hipertensión límite como la definida aumentan con la edad. Sin embargo, la hipertensión límite en hombres está persistentemente presente independientemente del grupo de edad. Este hallazgo se observa, de forma consistente, en todas las áreas de salud.

La hipertensión sistólica aislada (tabla 4.6), considerando sólo la categoría límite, es dos veces mayor en los hombres que en las mujeres, siendo especialmente relevantes las diferencias en los grupos de edades jóvenes. En cambio, la evolución de la hipertensión sistólica aislada considerando la categoría definida es casi paralela en ambos sexos. Considerando tan sólo la tensión diastólica (tabla 4.7), la mayor parte de los hipertensos de ambos sexos tendrían formas ligeras de la enfermedad. A diferencia de la hipertensión sistólica aislada, la diastólica presenta una consistente tendencia a aumentar según la edad en ambos sexos.

De las 406 personas con hipertensión arterial definida (tabla 4.8, gráfico 4.2) son de destacar las diferencias entre sexos. Así, mientras el 34,9% de las mujeres hipertensas están tratadas y controladas, sólo lo están el 23% de los hombres. Dos veces más hombres que mujeres están tratados y no controlados, aunque en porcentajes relativamente bajos. En cambio, la gran mayoría de hipertensiones definidas observadas no están tratadas ni controladas y, posiblemente, no diagnosticadas (y algunas no están confirmadas, ya que se trata de una sola exploración). En cuanto al tipo de tratamiento que reciben este grupo de hipertensos (tabla 4.9, gráfico 4.3) es, de nuevo, interesante resaltar las diferencias. Las mujeres describen seguir tratamientos exclusivamente farmacológicos dos veces más que los hombres, no existiendo grandes diferencias para las otras combinaciones de dieta y antihipertensivos más dieta. Sin embargo, es mayor la proporción de hombres que no siguen ningún tipo de tratamiento.

Las diferencias observadas entre áreas de salud (tabla 4.11) en cuanto a la prevalencia de la hipertensión límite y definida hay que interpretarlas, como toda la información que se presenta a lo largo de esta monografía, en base al error muestral fijado por área ($\pm 4\%$) y el coeficiente de variación obtenido para la variable tensión arterial. Se observan pequeñas diferencias entre áreas para ambos sexos, explicables en parte por variaciones aleatorias. Sin embargo, la Vega del Segura presenta

consistentemente altas tasas de hipertensión límite y definida en ambos sexos.

No existen diferencias apreciables entre los diferentes tipos de residencia en cuanto a la hipertensión arterial (tabla 4.12).

Considerando el comportamiento de los demás factores de riesgo según niveles de tensión arterial (tabla 4.13) se observa una tendencia al incremento de la prevalencia de los factores de riesgo al aumentar las cifras tensionales. Esto ocurre para el colesterol sérico, obesidad y diabetes en ambos sexos. La actividad física vigorosa presenta una tendencia inversa en ambos sexos.

La prevalencia de hipertensión arterial definida observada en la Región de Murcia es superior a la registrada por el centro MONICA-Cataluña⁴⁹ en hombres (8,4%) y prácticamente superponible en mujeres (13,0%) aunque hay que considerar que la población incluida en este estudio está truncada a 35-64 años. La estandarización de nuestras cifras con la población mundial estándar no modifica apreciablemente las estimaciones⁵⁴. Comparativamente con las cifras obtenidas en la encuesta a población española adulta de 35-64⁷⁷ años las cifras de hipertensión arterial de la Región de Murcia son inferiores en ambos sexos. La prevalencia de hipertensión arterial parece no haber sufrido importantes modificaciones en nuestra Región con respecto a los primeros datos publicados en 1984²² donde un 30,5% y un 21,5% de hombres y mujeres, respectivamente, presentaban hipertensión arterial (límite y definida). La amplitud de la edad (20-más de 70 años) considerada en este estudio puede en parte explicar las diferencias detectadas. El porcentaje de hipertensos sin tratamiento y control observado ahora (65,3%) es similar al publicado en 1984⁸⁵ (56,7%).

LÍPIDOS PLASMÁTICOS

La consistencia del efecto del colesterol sérico elevado sobre el riesgo coronario y otras complicaciones isquémicas vasculares se ha encontrado tanto en el laboratorio como en estudios observacionales y ensayos clínicos controlados⁸⁶. Su efecto se ve aumentado por el consumo de tabaco y la tensión arterial elevada⁸⁷. Los niveles de las lipoproteínas de alta densidad (H.D.L.), a diferencia de las de baja densidad (L.D.L.) y del colesterol total, están inversamente relacionados con el riesgo coronario^{88,89}. A pesar de que el origen de las elevaciones de lípidos plasmáticos pueden ser de origen genético o ambiental, se pueden conseguir reducciones de la enfermedad isquémica coronaria con

GRÁFICO 5.3. DISTRIBUCIÓN DE COLESTEROL SÉRICO TOTAL (mg./dl.) EN PERCENTILES: HOMBRES.

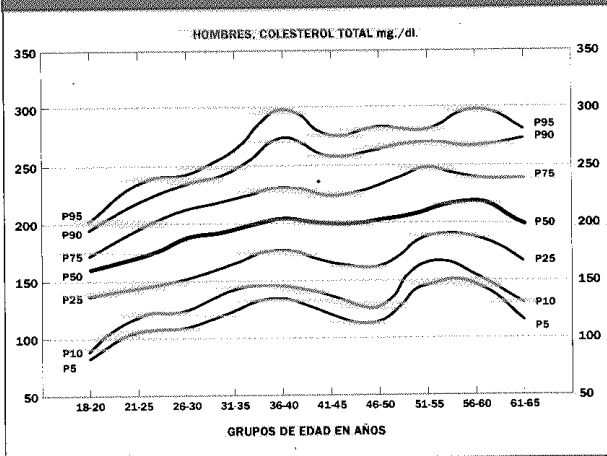


GRÁFICO 5.4. DISTRIBUCIÓN DE COLESTEROL SÉRICO TOTAL (mg./dl.) EN PERCENTILES: MUJERES.

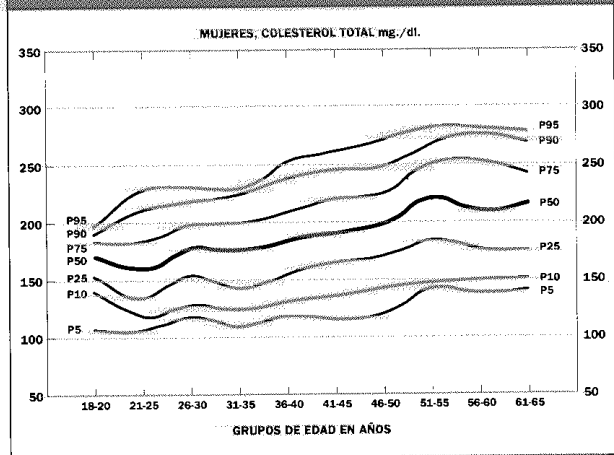


GRÁFICO 5.5. DISTRIBUCIÓN DE LA FRACCIÓN H.D.L. COLESTEROL SÉRICA (mg./dl.) EN PERCENTILES: HOMBRES.

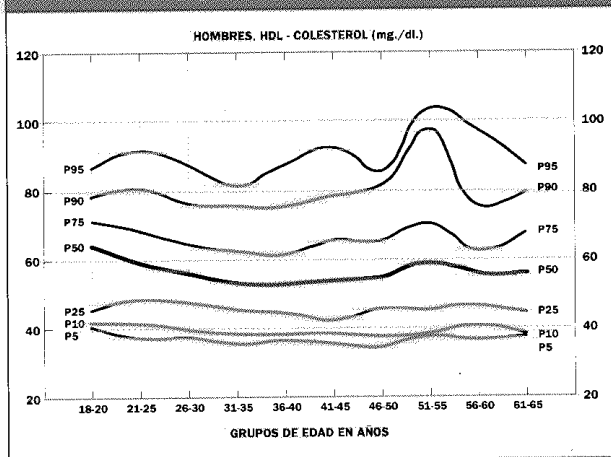
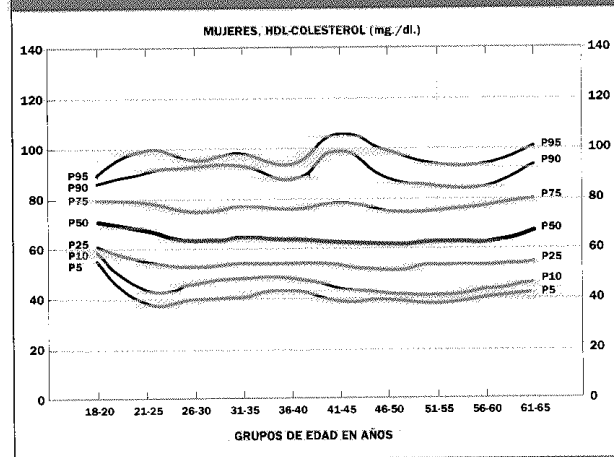


GRÁFICO 5.6. DISTRIBUCIÓN DE LA FRACCIÓN H.D.L. COLESTEROL SÉRICA (mg./dl.) EN PERCENTILES: MUJERES.



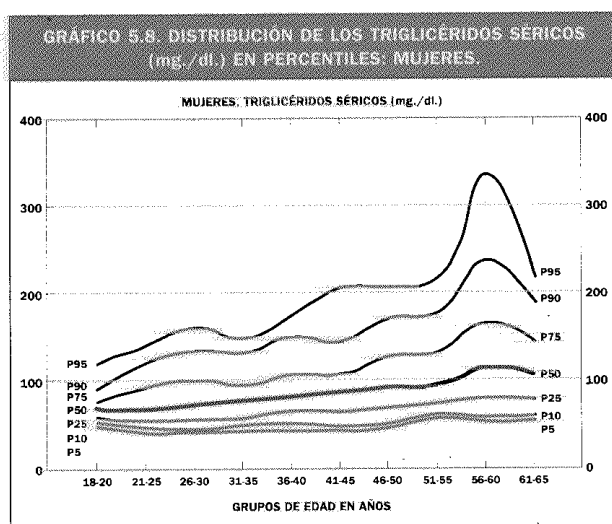
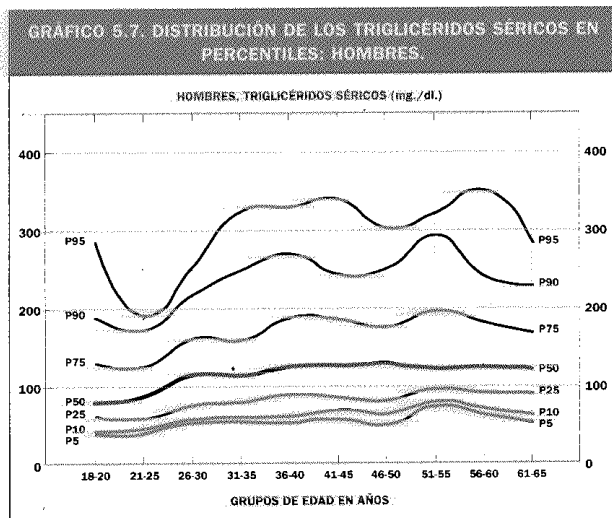
una reducción moderada, en la ingesta diaria de grasa saturada⁸⁶. Revisiones recientes de ensayos clínicos controlados para evaluar el impacto de la reducción del colesterol sérico sobre el riesgo coronario indican que se puede obtener un 2-3% de reducción por cada 1% de reducción en el colesterol sérico⁷⁵. Las reducciones promedio observadas con tratamiento dietético son del 10%⁷⁵. El papel de los triglicéridos como factor de riesgo coronario es cada vez más considerado, aunque parece perder su poder predictivo cuando los niveles de colesterol total son bajos^{90,91}.

Existen pocos datos publicados sobre los niveles de lípidos plasmáticos en muestras de población adulta en la Región de Murcia. Sin embargo, se sabe que el contenido en colesterol de la dieta es alto en los hombres jóvenes⁹².

El colesterol medio de la población adulta de la Región de Murcia es de 193 y 187 mg./dl. en hombres y mujeres respectivamente (tabla 5.1), aumentando con la edad (gráficos 5.3-5.4). La concentra-

ción media de la fracción H.D.L.-colesterol es de 57,6 mg./dl. en hombres y 67,1 en mujeres (tabla 5.2), disminuyendo ligeramente en las edades medias de la vida (gráficos 5.5-5.6). Para triglicéridos las cifras serían 136 y 97 mg./dl. en hombres y mujeres respectivamente (tabla 5.3), aumentando a lo largo de la vida (gráficos 5.7-5.8). Como cabría esperar, se observa mayor variabilidad en las concentraciones medias de los triglicéridos. Aproximadamente la mitad de los hombres (42,8%) y una tercera parte de las mujeres (36,1%) tienen cifras de colesterol por encima de la deseable cifra de 200 mg./dl. De estos un 12,5% en hombres y 9,5% en mujeres presentan cifras por encima de los 250 mg./dl. (tabla 5.4, gráfico 5.1). En cuanto a los triglicéridos, un 15,3% de los hombres y un 5% de las mujeres están por encima del nivel considerado como elevado de 200 mg./dl. (tabla 5.5, gráfico 5.2).

Existe mayor variabilidad en las concentraciones medias de colesterol por áreas de salud en hombres. Así, considerando las categorías límites y de-



finidas en conjunto, el rango de hipercolesterolemia va de 40,4% a 49,6% en hombres del área de la Vega del Segura y del Noroeste respectivamente (tabla 5.6).

Se observa un gradiente directo entre el nivel de urbanización y la proporción de población hipercolesterolemica (tabla 5.7) que es más evidente en la categoría definida de esta.

De las personas con niveles de colesterol ≥ 250 mg./dl. (tabla 5.10) la mayor parte no seguía ningún tipo de tratamiento, seguido de dieta exclusivamente (5,3%), medicación más dieta (2,4%) y sólo medicación (1,7%).

Excepto para la actividad física vigorosa y el consumo de tabaco habitual los demás factores de riesgo cardiovascular aumentan al incrementarse la concentración media de colesterol sérico. La obesidad definida asociada con hipercolesterolemia es evidente tan sólo en las mujeres (tabla 5.13).

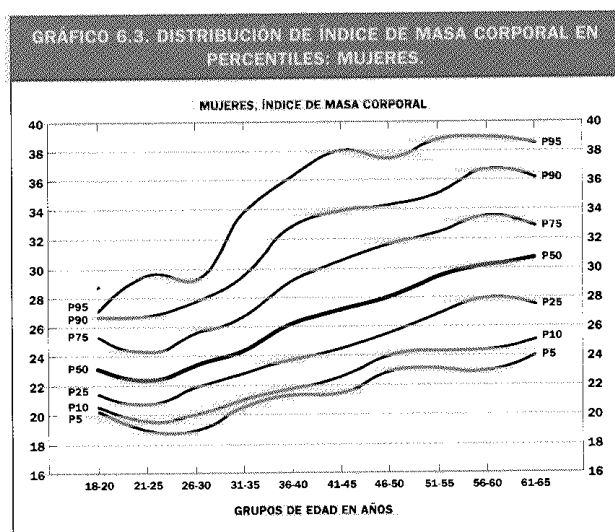
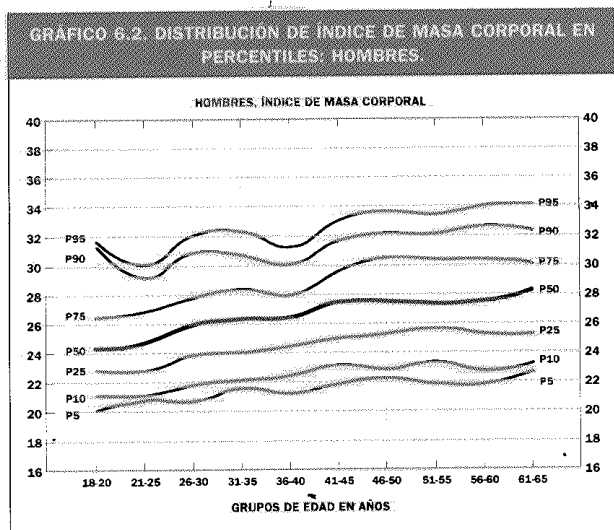
El estudio MONICA-Cataluña⁴³ presenta cifras medias de colesterol sérico más elevadas que las

observadas en Murcia para cada sexo y grupo de edad. Así, la concentración media de colesterol sérico en hombres y mujeres de 35-64 años del centro catalán son 5,8 y 5,7 mmol./l. (1 mmol./l. = 38,7 mg./dl.) mientras que las respectivas cifras para Murcia son 5,0 y 4,8 mmol./l. Comparativamente con las de otros centros MONICA mundiales⁴⁹ las cifras de colesterol observadas en Murcia estarían en el rango inferior, solamente por encima de las del centro MONICA-Beijing, estando todos los centros MONICA europeos por encima de las cifras registradas en la Región de Murcia. Otros estudios realizados en diferentes zonas de España^{93,94} o recopilados⁹⁵ muestran valores superiores (entre 10-30 mg./dl.) a los observados en nuestra población. Comparativamente con el estudio de población adulta española de 35 a 64 años⁷⁷, la prevalencia de hipercolesterolemia (≥ 250 mg./dl.) es inferior en la población de la Región de Murcia excepto en el grupo de más edad (55-64 años) en donde se iguala para ambos sexos. Las altas concentraciones observadas de H.D.L.-colesterol en población adulta son consistentes con resultados recientes observados en niños de 6 a 18 años en la Región de Murcia⁹⁶ pero son superiores a las registradas en otros estudios^{94,97}.

SOBREPESO Y OBESIDAD

El impacto de la obesidad, considerada como la presencia de grasa corporal en exceso⁹⁸, ha sido analizado en estudios de cohortes con largos períodos de seguimiento, en diversos países⁹⁹⁻¹⁰². Estos estudios sugieren que la relación entre peso y mortalidad total tiene una forma de J, siendo más elevada para aquellos en los dos extremos de la distribución de peso corporal. Sin embargo, existen evidencias en conflicto entre obesidad e incidencia de enfermedades cardiovasculares a pesar del conocido efecto de ésta sobre otros factores coronarios (diabetes, hipertensión arterial, anomalías lipídicas, etc) y su probable asociación con el proceso aterogénico.

Estudios con un adecuado ajuste de los principales factores de confusión han identificado la obesidad como un factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular^{100,103}. La reducción media estimada en el riesgo de infarto agudo de miocardio, basada en la evaluación de estudios observacionales, es de un 35-55% para aquellas personas que mantienen su peso ideal comparada con aquellas que son obesas (considerando obesa aquella persona con $\geq 20\%$ por encima del peso



ideal)⁷⁵. La distribución corporal de la grasa en personas obesas, concretamente la distribución troncular (androide) implica un mayor riesgo de enfermedad isquémica, cerebrovascular y muerte súbita¹⁰⁴⁻¹⁰⁶.

El Índice de Masa Corporal medio observado es de 26,7 tanto para hombres como mujeres (tabla 6.1), aumentando con la edad, sobre todo en las mujeres (gráficos 6.2-6.3), donde la variabilidad alrededor de la media es muy superior (DS=5,0) que en los hombres (DS=3,6). La prevalencia de obesidad definida en la Región de Murcia medida en base al I.M.C. según la clasificación clásica de Garrow⁵⁰ es de 17,3% y 23,7% en hombres y mujeres, respectivamente (tabla 6.2, gráfico 6.1).

Considerando la clasificación del Consenso Italiano para la Obesidad⁵¹, más adecuada en términos clínicos, la prevalencia de obesidad no se modificaría en hombres pero aumentaría a un 42,1% en mujeres.

Diferencias en la distribución de la obesidad entre áreas de salud (tabla 6.3) se aprecian más entre las mujeres, con el área del Noroeste y la de Lorca por encima y por debajo, respectivamente, de la prevalencia media ponderada regional.

La prevalencia de los otros factores de riesgo cardiovascular tiende a aumentar con el exceso de peso, siendo más acusado en mujeres (tabla 6.5). Sin embargo, el porcentaje de personas que realizaron actividades vigorosas así como el de fumadores habituales muestra un patrón inverso al exceso de peso.

La prevalencia de obesidad en los hombres de Murcia es mayor que la registrada en el centro MONICA-Cataluña⁴³, donde el percentil 90 del I.M.C. para hombres es 29,9 siendo de 31,4 para Murcia (tabla 6.1). Las prevalencia de obesidad estimada a partir de la E.N.S., 1987¹⁰⁷ subestima sistemáticamente^{108,109} la magnitud del problema, no siendo comparable a la obtenida mediante medición directa. El estudio de población adulta española de 35 a 64 años⁷⁷ observa, a partir de los 45 años, una prevalencia de obesidad definida inferior en 9 puntos al encontrado en la Región de Murcia en ambos sexos.

La prevalencia de diabetes declarada aumenta con la edad y la obesidad en ambos sexos, aunque de forma más acusada en las mujeres y principalmente en las obesas (tabla 6.6). La Encuesta Nacional de Salud, 1987²³ estimó un 3% y 4,6% de hombres y mujeres con diabetes declarada en la población adulta española (más de 16 años). En Murcia, las cifras obtenidas con la encuesta son ligeramente inferiores (datos no mostrados).

La misma tendencia observada para la diabetes se mantiene para la hipertensión arterial definida (tabla 6.7). La prevalencia de hipertensión es mayor en las mujeres obesas.

ACTIVIDAD DEPORTIVA VIGOROSA

Niveles elevados de actividad física se han asociado con una disminución de incidencia y mortalidad por enfermedad coronaria independientemente de otros factores de riesgo^{57,110,111}. Más recientemente se ha sugerido que la actividad física que protege frente a la enfermedad coronaria es la realizada de forma aeróbica, periódica e intensa durante el tiempo libre, implicando movimientos de músculos largos y produciendo un cierto nivel de cansancio físico^{41,56,112,113}. Además, el predictor mejor de riesgo parece ser una combinación de frecuencia y duración. Así, en una cohorte de hom-

GRÁFICO 7.2. DISTRIBUCIÓN (%) KILOCALORÍAS/DÍA DE GASTO ENERGÉTICO: ACTIVIDAD FÍSICA DE TIEMPO LIBRE EN PERCENTILES: HOMBRES.

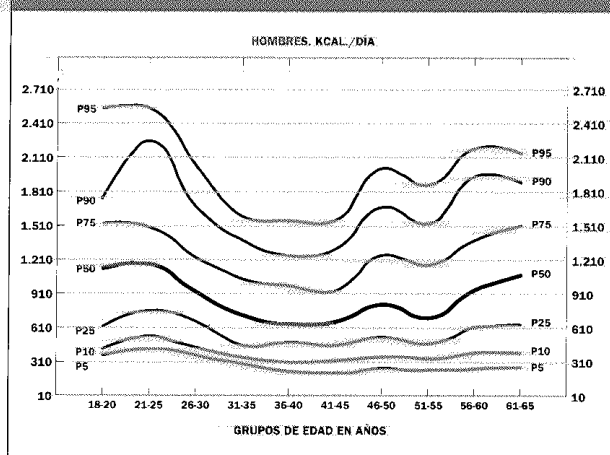
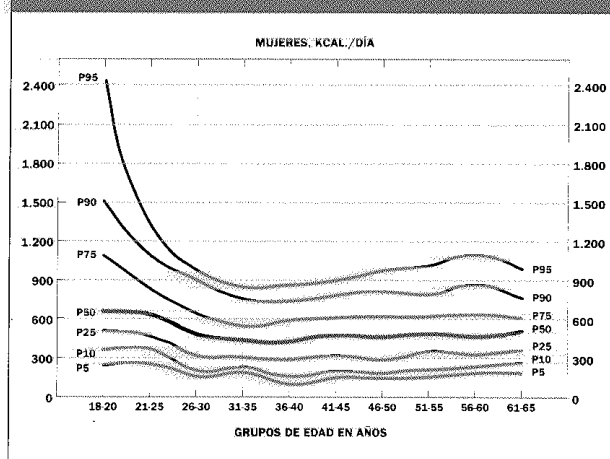


GRÁFICO 7.3. DISTRIBUCIÓN (%) KILOCALORÍAS/DÍA DE GASTO ENERGÉTICO: ACTIVIDAD FÍSICA DE TIEMPO LIBRE EN PERCENTILES: MUJERES.



bres de edad media cuidadosamente seguida, el factor protector del infarto agudo de miocardio fue haber realizado al menos dos horas/semana de actividad física vigorosa. La reducción media estimada del riesgo de infarto agudo de miocardio es del 45% en aquellos que se mantienen activos comparados con los de un estilo de vida sedentario⁷⁵. Además, la realización de A.F.V. deportiva después de un episodio coronario reduce el riesgo de padecer otro⁵⁷.

Las kilocalorías/día de energía gastada en actividades de tiempo libre en la población es mayor en hombres y es máxima en las edades más jóvenes (tabla 7.1, gráficos 7.2-7.3).

El número de personas que realizaron alguna actividad deportiva moderada y vigorosa decrece con la edad y hay aproximadamente la mitad de mujeres que de hombres en este grupo para cada estrato de edad (tabla 7.4, gráfico 7.1). La cantidad de kilocalorías/día gastadas en estos tipos de actividad física (tabla 7.2) junto con la duración de

la A.F.V. en horas a lo largo de las dos semanas anteriores a la entrevista (tabla 7.3) proporciona información sobre las características de las personas que realizan algún ejercicio compatible con la protección coronaria.

El 23,1% de los hombres y el 12,5% de las mujeres realizaron, en las dos semanas anteriores a la entrevista, actividades deportivas de tiempo libre compatibles con la protección coronaria (tabla 7.4, gráfico 7.1). Una mayor proporción de hombres de zonas urbanas realizan A.F.V. (tabla 7.6).

La asociación inversa entre otros factores de riesgo cardiovascular y la A.F.V. puede observarse (tabla 7.7) en ambos sexos, excepto el consumo habitual de tabaco que en las mujeres aumenta al aumentar el nivel de A.F.V.

Datos previos de la Encuesta Nacional de Salud, 1987²³ ponían en evidencia que el grado de inactividad física era superior en Murcia que el promedio español, sobre todo en mujeres (22,1% frente a 19,9% y 29,6 frente a 21,8 para hombres y mujeres de Murcia y España, respectivamente). El avance de resultados de la E.N.S., 1993⁷⁶ sigue indicando un mayor grado de inactividad, para ambos sexos y actividades (principal y de tiempo libre), en la Región de Murcia. En la actualidad, la proporción de personas de Murcia que desarrollan actividad física vigorosa de tiempo libre compatible con la protección coronaria es de un 23,1% en hombres y 12,5% en mujeres.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PREVIAS

La prevalencia de enfermedades cardiovasculares previas autoinformadas (tabla 8.1) ha sido mayor en mujeres (7.4%) que en hombres (4.5%). El reducido número de efectivos afectados así como la ausencia de validación de los diagnósticos médicos hacen que estas cifras, así como las prevalencias estandarizadas por edad de los diferentes factores de riesgo en los grupos previamente enfermos o no (tabla 8.2), deban tomarse con cautela.

Sin embargo, sugieren que las personas que declaran haber padecido enfermedades cardiovasculares previas, pueden tener en mayor proporción hipertensión definida, obesidad y diabetes. La proporción de personas que realizan actividad física compatible con la protección coronaria parece ser menor en las personas previamente afectadas.

MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO

El impacto de los principales factores de riesgo y su efecto sinérgico en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular ha sido bien documentado en varios estudios prospectivos^{6,79}. La obtención de reducciones, incluso pequeñas, en la prevalencia poblacional de estos factores es un reto actual para la Salud Pública^{18,79}. La reducción de la mortalidad cardiovascular y el aumento en la esperanza de vida se ha asociado con reducciones en la prevalencia de factores de riesgo secundarios a cambios en los estilos de vida de la población¹¹⁴⁻¹¹⁶. Existen pocos estudios que describan la coexistencia poblacional de diferentes factores de riesgo. Sin embargo, permiten estimar el número de personas a riesgo debido a una combinación específica de factores que pueda requerir alguna forma de intervención individual o poblacional.

En conjunto, 78,1% de los participantes presentaban al menos uno de los principales factores de riesgo cardiovascular: consumo habitual de tabaco, hipertensión arterial e hipercolesterolemia (tabla 9.1, gráfico 8.1). En los hombres, la prevalencia de uno o más factores de riesgo crece con la edad. En las mujeres el incremento es más acusado. Aunque el 86,3% de las mujeres del grupo de edad de 50-65 años presentan al menos un factor de riesgo, ese nivel lo han alcanzado los hombres una década antes (83,6%). Aproximadamente el 40,5% de los hombres y la mitad de esta cifra en mujeres (20,9%) presentan dos o más factores de riesgo asociados.

Considerando los factores de riesgo aisladamente (tabla 9.3, gráfico 8.2) la prevalencia del consumo habitual de tabaco es el más importante entre los grupos más jóvenes de ambos sexos. En las personas de edad avanzada la hipercolesterolemia es el factor aisladamente más prevalente. La combinación de dos factores de riesgo más frecuente en hombres es el tabaco junto a la hipercolesterolemia. En mujeres la hipertensión e hipercolesterolemia. Un 8,5% de los hombres y un 0,8% de las mujeres presentaron los tres factores de riesgo simultáneamente.

Excepto el consumo habitual de tabaco la prevalencia de los demás factores de riesgo, solos o combinados, aumentan al aumentar el I.M.C. (tabla 9.6). En la categoría de obesidad definida observamos un 12,8% de hombres y un 1,9% de mujeres con los tres principales factores de riesgo. Sin embargo, existe un 25,8% de mujeres obesas con el colesterol y la tensión arterial elevadas.

Entre las personas que no realizan ninguna actividad física vigorosa, un 11,7% de los hombres presenta los tres factores de riesgo asociados y un 14,1% de las mujeres presenta hipercolesterolemia e hipertensión (tabla 9.7).

No existen grandes diferencias en la combinación de factores de riesgo según el tipo de tipo de residencia, salvo la antes mencionada con el tabaco en las mujeres de zonas urbanas (tabla 9.8).

FACTORES SOCIOECONÓMICOS: NIVEL EDUCATIVO

Existe un sustancial cuerpo de evidencias sobre la consistente asociación entre el nivel socioeconómico (N.S.E.) e incidencia y prevalencia de enfermedades cardiovasculares, mortalidad y supervivencia, prevalencia de factores de riesgo y acceso a las nuevas tecnologías en la atención y diagnóstico¹¹⁷⁻¹¹⁹. Uno de los inconvenientes a la hora de realizar análisis que tengan en cuenta el N.S.E. es la diversidad de variables utilizadas, incluyendo nivel educativo, ocupación, raza, sexo, situación laboral (activo o desempleado), nivel de ingresos, etc. En España, se ha propuesto recientemente un criterio de selección de variables para el estudio del N.S.E. y las desigualdades en salud que incluye: nivel de estudios máximo alcanzado, ocupación desempeñada y situación laboral¹²⁰. En el estudio que aquí presentamos hemos utilizado el nivel máximo de estudios como variable descriptiva del N.S.E. y la distribución de los factores de riesgo cardiovascular.

En cuanto al consumo habitual de cigarrillos, la mayor prevalencia de fumadores habituales se observa, en hombres, en los niveles educativos primario y secundario (tabla 10.1, gráfico 9.1). Entre las mujeres el consumo habitual es más frecuente entre los niveles educativos secundario y universitario. Para todos los niveles educativos y edades los hombres superan a las mujeres en el consumo habitual de tabaco, excepto en las jóvenes universitarias que sobrepasan en 10 puntos la prevalencia observada en los universitarios más jóvenes.

En cuanto al nivel educativo y tensión arterial (tabla 10.3, gráfico 9.2) parece existir un gradiente inverso en ambos sexos para las categorías límite y definida de hipertensión al aumentar el nivel educativo. Sin embargo, es necesaria cautela en la interpretación de estos resultados por el pequeño número de efectivos en algunas categorías.

La proporción de mujeres con colesterol sérico mayor de 250 mg./dl. presenta un gradiente inver-

so con respecto al nivel de estudios. Sin embargo, esta tendencia no es evidente en hombres (tabla 10.5, gráfico 9.3).

La obesidad es el factor de riesgo más asociado al nivel educativo. Así, entre los diferentes niveles educativos se observa una tendencia inversa (tabla 10.7, gráfico 9.4) que es más evidente en mujeres. Es cinco veces más frecuente encontrar en nuestra población una mujer obesa sin estudios primarios que con estudios secundarios o universitarios. Este efecto se observa paralelamente según el tipo de ocupación de las mujeres (tabla 10.8) con las menores prevalencias en ocupaciones que requieren un cierto nivel educativo.

Se observa un gradiente entre nivel de estudios y A.F.V. (tabla 10.9, gráfico 9.5).

Un estudio reciente¹²¹ ha tratado de sistematizar estas observaciones de tal forma que detecta una tendencia inversa para la hipertensión y directa para la actividad física vigorosa en ambos sexos ($P < 0,01$). En las mujeres, además las tendencias son directas en el consumo de tabaco (O.R. 0,27; I.C. 95% : 0,15 - 0,47) e inversas en la obesidad (O.R. 9,2; I.C. 95% : 3,33 - 25,43) cuando se compara el nivel sin estudios con el de universitarios.

Finalmente, mientras la coexistencia de tres factores de riesgo disminuye al aumentar el nivel educativo en los hombres, en las mujeres ocurre lo contrario debido a la asociación entre consumo de tabaco y nivel educativo en este sexo (tabla 10.11).

RECOMENDACIONES

- 1ª. No existen diferencias importantes entre áreas de salud en la distribución de los factores de riesgo estudiados, por tanto, las recomendaciones deben ser extensivas al conjunto de la Región de Murcia.
- 2ª. La mayoría de los factores de riesgo presentan tendencias inversas con el nivel educativo. Es urgente diseñar actuaciones preventivas dirigidas a las personas con menor nivel de estudios.
- 3ª. El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia. Su distribución epidémica, implicación causal con el infarto agudo de miocardio y otras enfermedades coronarias, y las posibilidades de intervención, sobre todo en la reducción en el número de nuevos fumadores, debe considerarse como la máxima prioridad. Es posible la reducción de la prevalencia de consumo habitual de tabaco mediante el cumplimiento de las medidas legislativas ya existentes y el establecimiento de intervenciones dirigidas a su erradicación: restricción de la publicidad, del consumo en locales cerrados, de atención al público y en la administración pública, campañas dirigidas a escolares y a profesiones con un importante papel modelo, como los docentes, médicos y periodistas y el establecimiento de programas de deshabituación tabáquica efectivos en atención primaria de salud.
- 4ª. La hipertensión arterial está ampliamente distribuida en nuestra región con 10 puntos de diferencia a favor de los hombres. Además, las mujeres están en mayor proporción tratadas y controladas que los hombres con 10 puntos de diferencia. Una estrategia eficaz de prevención de las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión arterial puede ser la extensión de programas acreditados de detección y control de la hipertensión arterial en todo el nivel asistencial primario, con evaluaciones frecuentes y control de calidad. El tratamiento farmacológico debe estar restringido a los casos que no respondan al tratamiento dietético. Un esfuerzo adicional debe hacerse en el diagnóstico, tratamiento y control de los hombres y de las personas con menor nivel de estudios.
- 5ª. La hipercolesterolemia es menos frecuente que los demás factores. El peculiar patrón observado de bajos niveles de colesterol con niveles de H.D.L.-colesterol sérico muy elevados deberían ser estudiados con mayor detalle. Dado que la principal fuente de colesterol sérico proviene de la dieta (excepto en patologías familiares), se necesita una activa promoción de la dieta tradicional mediterránea. El mantenimiento de unos niveles aceptables de colesterol sérico debería basarse, en la mayor parte de los casos, en la dieta. El tratamiento farmacológico debería limitarse a las personas que no logren controlar la colesterolemia con medidas dietéticas.
- 6ª. La prevalencia de sobrepeso y obesidad afecta prácticamente a la mitad de la población adulta de la Región de Murcia, sobre todo en mujeres y fuertemente asociado al bajo nivel educativo. Es necesario que en las actividades de educación para la salud se preste especial atención a potenciar las actitudes y conocimientos necesarios para que la obesidad no sea tan habitual en amplias capas de la población.
- 7ª. El ejercicio físico compatible con la prevención coronaria es escaso en nuestro medio. Aunque este tipo de actividad parece ser la realmente eficaz para evitar episodios coronarios, la actividad física debería ser recomendada y enseñada de forma práctica en todas las edades, adaptándola siempre a las condiciones físicas de las personas.
- 8ª. La prevalencia de múltiples factores de riesgo asociados en nuestra región es el indicador más importante sobre la necesidad de intervenir en el problema cardiovascular con políticas y programas multifactoriales. La experiencia parece indicar que establecer programas multifactoriales de intervención requiere un grado considerable de organización del sistema sanitario. Posiblemente falte rodaje y evaluación de todo el proceso. Se necesita ensayar programas de intervención multifactorial: tabaco, hipertensión, dieta, obesidad e inactividad física en áreas pequeñas que sirvan de demostración para otras áreas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendaciones del Grupo de Expertos en Enfermedades Cardiovasculares de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo, 1992 (mimeo).
2. Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996. Murcia: Servicio Murciano de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia, 1992.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de salud. Segunda evaluación en España del programa regional europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Salud, 1993: 23, 105-115.
4. Estadísticas Básicas de Mortalidad en la Región de Murcia 1989, 1990 y 1991. Murcia: Consejería de Economía, Industria y Comercio y Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, 1991, 1992.
5. SESPAS. Informe SESPAS 1993: la salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: SESPAS, 1993: 76-81.
6. Keys A. Seven countries. A multivariate analysis of death and coronary heart disease. Cambridge: Harvard University Press, 1980.
7. Feinleib M. Changes in cardiovascular epidemiology since 1950. Bull New York Acad Med 1984; 60: 449-64.
8. Gillum RF, Hannan PJ, Prineas RJ, et al. Coronary heart disease mortality trends in Minnesota, 1960-80: The Minnesota Heart Survey. Am J Public Health 1984; 74: 360-362.
9. Dwyer T, Hetzel BS. A comparison of trends of coronary heart disease mortality in Australia, USA and England and Wales with reference to three major risk factors: hypertension, cigarette smoking and diet. Int J Epidemiol 1980; 9: 65-71.
10. Thom TJ, Epstein FH, Feldman JJ, Leaverton PE. Trends in total mortality and mortality from heart disease in 26 countries from 1950 to 1978. Int J Epidemiol 1985; 14: 510-520.
11. WHO MONICA Project. Geographic variation in mortality from cardiovascular diseases. Baseline data on selected population characteristics and cardiovascular mortality. World Health Stat Q 1987; 40: 171-184.
12. Uemura K, Pisa Z. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. World Health Stat Q 1988; 41: 155-178.
13. Stamler J. Opportunities and pitfalls in international comparisons related to patterns, trends and determinants of CHD mortality. Int J Epidemiol 1989; 18 (Supl 1): 3-18.
14. Beaglehole R. International trends in coronary heart disease mortality, morbidity and risk factors. Epidemiol Rev 1990; 12: 1-15.
15. Marmot M. Coronary Heart Disease: rise and fall of a modern epidemic. En: Marmot M, Elliot P, eds. Coronary Heart Disease Epidemiology: From Aetiology to Public Health. London: Oxford University Press, 1992: 3-20.
16. Beaglehole R. Medical management and the decline in mortality from coronary heart disease. Br Med J 1986; 292: 33-5.
17. Pearson TA. Influences on CHD incidence and case fatality: medical management of risk factors. Int J Epidemiol 1989; 18 (Supl 1): 38-45.
18. Rose G. The Strategy of the Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992: 95-106.
19. Rodríguez P, Navarro C y Tormo MJ. Mortalidad cardiovascular en Murcia 1975-1982. Análisis de tendencias. Rev Esp Cardiol 1989; 42 (Supl 1): 62-66.
20. Cirera LI, Tormo MJ, Navarro C. Mortalidad cardiovascular, isquémica y cerebrovascular en la Región de Murcia, 1975-90. Murcia: Servicio de Epidemiología, 1995 (mimeo).
21. Anónimo. Las enfermedades cardiovasculares como problema de salud pública en la Región de Murcia. Bol Epidem Murcia 1990; 12: 96-101.
22. Ramírez Romero P, Moreno Guillén S, Abellán Alemán J, Merino Gálvez E, Merino Sánchez J. Prevalencia de la hipertensión arterial y su distribución en la población murciana. Med Clin (Barc.) 1984; 83: 188-191.

23. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
24. Padrón Municipal de habitantes de 1986. Región de Murcia. Tomo 1. Murcia: Centro Regional de Estadística de Murcia. Dirección General de Economía y Planificación, 1988.
25. Levy PS, Lemeshow S. Sampling for health professionals. California: Lifetime Learning Publications, 1980.
26. Cochran WG. Sampling Techniques. New York: John Wiley Eds, 1977.
27. WHO MONICA Project. Part III: Population Survey; Section 1: Population survey data component. Geneva: MONICA Manual, 1990.
28. Portella E, Rivero E, Carrillo E, Colom D, Murillo C, Murillo J y Ferrus L. Influencia de los errores del padrón municipal en la identificación de una muestra. Gac Sanit 1991; 5: 183-4.
29. Mur P, Infante-Rivard C, Silvestre A y Bolumar F. Nivel de respuesta de los controles seleccionados en el Padrón Municipal. Gac Sanit 1989; 3: 547-50.
30. Tormo MJ, Pérez-Flores D, Sáez M, Nargundkar MS. Notas técnicas de la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular de la Región de Murcia, 1992. Murcia: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, 1995 (mimeo).
31. Barnett V. Sample Survey Principles and Methods. London: Edward Arnold 1991: 105-139.
32. Nargundkar MS.: Ontario Heart Survey: Sample Desing.. Ottawa: Statistics Canada, 1992 (mimeo).
33. Censo de Población de 1991 de la Región de Murcia. Resultados Regionales. Tomo I. Murcia: Consejería de Fomento y Trabajo de Murcia, 1992.
34. Murillo C, Guillén M. Estimació de variances de les variables de l'Enquesta de Salut de Barcelona. Gac Sanit 1989; 12: 409-20.
35. Nargundkar MS. Approximate Coefficient of Variation. Tables to Calculate the Reliability of Estimates. Ontario Heart Health Survey. Ottawa: Statistics Canada, 1994 (mimeo).
36. Sáez M, Tormo MJ, Pérez-Flores D, Navarro C, Tobías A, McFarlane D and Nargundkar MS. The Jackknife method in the estimation of variability parameters in the Murcia (Spain) Heart Health Survey. 2nd Int'l Heart Health Conference, Barcelona: 1995.
37. Hedayat AS, Sinha BK. Design and Inference in Finite Population Sampling. New York: John Wiley and Sons, Inc. 1991: 358-63.
38. Krewski D, Rao JNK. Inference from stratified samples: properties of the linearization, Jackknife and balanced replication methods. Ann Statist 1981; 9: 1010-19.
39. Tormo MJ, Moreno I, Chirlaque MD, Navarro C. Validez de un cuestionario de actividad física reciente. Gac San 1995 (en prensa).
40. FAO/WHO/UNU. Needs of energy and proteins. Technical report #724. Geneva: WHO 1985, 77-92.
41. Lakka TA, Venalainen JM, Rauramaa R, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen J. Relation of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness to the risk of acute myocardial infarction in men. N Eng J Med 1994; 330: 1.549-54.
42. Tormo MJ, Navarro C, Pérez-Flores D. Quality control in the measurement of blood pressure: a practical estimation of within-observer variability in community surveys. Eur J Publ Health 1995 (in press).
43. WHO. The WHO MONICA Project: a worldwide monitoring system for cardiovascular diseases. World Health Stat Annu 1989; 27-148.
44. Informe Comité de Expertos. Hipertensión arterial. Ginebra: OMS 1978. Informe Técnico nº 628.
45. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso para el control de la hipertensión arterial en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
46. Grupo de Trabajo de Prevención Primaria Cardiovascular. Directrices para la elaboración de programas de prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. Rev San Hig Pub 1993; 67: 5-22.
47. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure. Arch Intern Med 1993; 153: 154-83.
48. WHO/ISH Guidelines Committee: Guidelines for the management of Mild Hypertension, 1993. ISH Hypertension News.

49. WHO MONICA Project. WHO MONICA Project: Risk Factors. *Int J Epidemiol* 1989 (Suppl. 1): S46-S55.
50. Garrow JS. Indices of adiposity. *Nut Abst Rev* 1983; 53: 697-708.
51. Italian Consensus Conference: Overweight, Obesity and Health. Rome: National Research Council, 1991 (mimeo).
52. Study Group European Atherosclerosis Society. The recognition and management of hyperlipidemia in adults: a policy statement of the European Atherosclerosis Society. *Eur Heart J* 1988; 9: 571-600.
53. Criterios de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. *Clin Invest Arteriosclerosis* 1989; 1:1-9.
54. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso para el control de la colesterolemia en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
55. 4ª Reunión anual del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Santander: SEMFyC, 1991.
56. Blair SN, Kohl HW, Gordon NF, Paffenbarger RS. How much physical activity is good for health? *Annu Rev Public Health* 1992; 13: 99-126.
57. Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL and Hsieh C. Physical activity, all-cause mortality and longevity of college alumni. *N Engl J Med.* 1986; 314: 605-13.
58. Morris JN, Clayton DG, Everitt MG, Semmence AM, Burgers EH. Exercise in leisure-time: coronary attack and death rates. *Br Heart J* 1990; 63: 325-34.
59. Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.
60. OMS. Consecuencias del tabaco para la salud. Informe técnico nº 568, Ginebra: OMS, 1975.
61. The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease. A report of the Surgeon General (DHHS publ.), US Dept of Health and Human Services, Rockville, MD, 1983.
62. The Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A report of the Surgeon General (DHHS publ. [CDC] 89-8411), US Dept of Health and Human Services, Rockville, MD, 1989.
63. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. A report of the Surgeon General (DHHS publ. [CDC] 90-8416), US Dept of Health and Human Services, Rockville, MD, 1990.
64. Doll R and Peto R. The causes of Cancer. Oxford: Oxford University Press, 1981.
65. Masironi R and Rothwell K. Smoking trends and effects worldwide. *Wld Hlth Statist Quart* 1988; 41: 239-41.
66. Smoking and mortality from cardiovascular diseases. *Weekly Epidem Record* 1992; 20: 149-51.
67. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268-78.
68. Willett WC, Green A, Stampfer MJ, Speizer FE, Colditz GA, Rosner B, Monson RR, Stason W and Hennekens CH. Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarette. *N Engl J Med* 1987; 317: 1303-9.
69. Colditz GA, Bonita R, Stampfer MJ, Willet WC, Rosner B, Speizer FE and Hennekens CH. Cigarette smoking and risk of stroke in middle-aged women. *N Engl J Med* 1988; 318: 937-41.
70. Criqui M, Cowan L, Tyroler H, Bangdiwala S, Heiss G, Wallace R and Cohn R. Lipoproteins as mediators for the effects of alcohol consumption and cigarette smoking on cardiovascular mortality: Results from the Lipid Research Clinics follow-up study. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 629-37.
71. Balaguer-Vintró I. *Cardiología Preventiva*. Barcelona, Doyma, 1990: 44-6.
72. Craig WY, Palomaki GE, Haddow JE. Cigarette smoking, serum lipid, and lipoprotein concentrations: An analysis of published data. *Br. Med. J.* 1989, 298: 1.287-90.
73. Hennekens CH, Evans D, Peto R. Oral contraceptive use, cigarette smoking and myocardial infarction. *Br J Fam Plann* 1979; 5: 66-7.
74. Shapiro S, Slone D, Rosenberg L, Kaufman DW. Oral contraceptive use in relation to myocardial infarction. *Lancet* 1979; 1: 743-6.

75. Manson JE, Tosteson H, Ridker PM, Satterfield S, Hebert P, O'Connor GT et al. The primary prevention of myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992; 326: 1406-16.
76. Encuesta Nacional de Salud 1993. *Rev San Hig Pub* 1994; 68: 121-78.
77. Banegas Banegas JR, Villar Álvarez F, Pérez de Andres C et al. Estudio Epidemiológico de los Factores de Riesgo Cardiovascular en la Población Española de 35 a 64 años. *Rev San Hig Púb* 1993; 67: 419-45.
78. Stamler J. Established major coronary risk factors. En: Marmot M. & Elliot P. (ed.). *Coronary Heart Disease Epidemiology: From Aetiology to Public Health*. London, Oxford University Press, 1992: 35-66.
79. Dawber TR. *The Framingham Study. The epidemiology of atherosclerotic disease*. Cambridge, Harvard University Press, 1980.
80. MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990; 335: 765-74.
81. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2, short-term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827-38.
82. US Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989: 27.
83. Intersalt Cooperative Research Group: Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure: results for 24-hour urinary sodium and potassium excretion. *Br Med J* 1988; 287: 319-28.
84. Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Pérez-Flores D, Moreno I. Cardiovascular disease (CVD) risk factors in a community survey in Murcia (south-east) Spain. 2nd Int'l Heart Health Conference, Barcelona: 1995.
85. Moreno S, Ramírez P, Abellán J, Merino J. El diagnóstico, la educación sanitaria y el grado de control de los hipertensos adultos en la Región de Murcia. *Med Clin (Barc.)* 1984; 83: 101-5.
86. Expert Panel. Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. *Arch Intern Med* 1988; 148: 36-69.
87. Stamler J, Wentworth D, and Neaton JD. Is the relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded. Findings in 356, 222 primary screened of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *JAMA* 1986; 256: 2823-8.
88. Miller NE. Associations of high-density lipoprotein subclasses and apolipoproteins with ischemic heart disease and coronary atherosclerosis. *Am Heart J* 1987; 2: 589-97.
89. Abbott RD, Wilson PW, Kannel WB and Castelli WP. High density lipoprotein cholesterol, total cholesterol screening and myocardial infarction. The Framingham study. *Arteriosclerosis* 1988, 8: 207-11.
90. Tverdal A, Foss OP, Leren P, Holme I, Lund-Larsen PG, Bjartveit K. Serum triglycerides as an independent risk factor for death from coronary heart disease in middle-aged Norwegian men. *Am J Epidemiol* 1989; 129: 458-65.
91. Stensvold I, Urdal P, Thurmer H, Lund-Larsen PG and Foss P. High-density lipoprotein cholesterol and coronary, cardiovascular and all cause mortality among middle-aged Norwegian men and women. *Eur Heart J* 1992; 13: 1155-63.
92. Violans C, Stevens L y Molina F. Encuesta de alimentación en la población adulta de la Región de Murcia, 1990. Murcia: Dirección General de Salud, Serie Informes nº 7, Consejería de Sanidad de Murcia, 1991
93. Segura-Fragoso A, Mateo-Ontañón, S, Gutiérrez-Delgado J. Lípidos sanguíneos en la población rural de Talavera (Castilla-La Mancha). *Rev Clin Esp* 1987; 180: 8-11.
94. Segura A, de Mateo S, Gutiérrez J. Epidemiología de los factores de riesgo cardiovascular en un área rural de la Región de Castilla-La Mancha. *Rev Lat Cardiol* 1986; 7: 377-85.

95. Villalbí JR. Tratar o no tratar la hipercolesterolemia. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1994; 1: 425-30.
96. Grupo Cooperativo Español para el Estudio de los Factores de Riesgo Cardiovascular en niños y adolescentes. Valores de referencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia en España. (Madrid, 1995).
97. Knuiman JT. Differences in HDL cholesterol between populations: no paradox? Lancet 1983; 1: 296-8.
98. National Institutes of Health Consensus Development Panel on the Health Implications of Obesity. Health implications of obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference statement. Ann Intern Med 1985; 103: 1073-7.
99. Waaler HT. Height, weight and mortality: the Norwegian experience. Acta Med Scand. 1984; 679 suppl. 1: 1-56.
100. Manson JE, Colditz G, Stampfer MJ, Willet WC, Rosner B, Monson RR. et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. New Engl J Med 1990; 322: 882-9.
101. Rissanen A, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Reunanen A and Maatela J. Weight and mortality in Finnish men. J Clin Epidemiol 1989; 42: 781-9.
102. Hoffman MDAF, Kromhout D and De Lezenne Coulander C. The impact of body mass index of 78,612 18-year old Dutch men on 32-year mortality from all causes. J Clin Epidemiol 1988; 41: 749-56.
103. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. Circulation 1983; 67: 968-77.
104. Lapidus L, Bengtsson C, Larsson B, Pennert K, Riby E, Sjöström L. Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death: a 12-year follow-up of participants in the populations study of women in Gothenburg, Sweden. Br Med J 1984; 288: 1257-61.
105. Folsom AR, Prineas RJ, Kaye SA et al. Incidence of hypertension and stroke in relation to body fat distribution and other risk factors in older women. Stroke 1990; 21: 701-6.
106. Larsson B, Svärdsudd K, Welin L, Wilhelmsen L, Björntorp P and Tibblin G. Abdominal adipose tissue distribution, obesity and risk of cardiovascular disease and death: 13-year follow-up of participants in the Study of Men Born in 1913. Br Med J 1984; 288: 1401-4.
107. Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Rodríguez C. Prevalencia de la obesidad en España. Med Clin (Barc.) 1994; 102: 10-13.
108. Tormo MJ, Cirera LI, Navarro C. Prevalencia de obesidad estimada a partir de la autoinformación de peso y talla en España: error sistemático. Med Clin (Barc.) 1995; 104: 596-7.
109. Prevalencia de obesidad en Orihuela (Alicante). Comparación con los datos de la Encuesta Nacional de Salud en España. Vioque J, Vicente MC. Med Clin (Barc.) 1994; 103: 636-7.
110. Kohl III HW, Poweel KE, Gordon NF, Blair SN and Paffenbarger RS. Physical activity, physical fitness and sudden cardiac death. Epidemiol Rev 1992; 14: 37-58.
111. Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. Am J Epidemiol 1990; 132: 612-28.
112. Helmert U, Herman B and Shea S. Moderate and vigorous leisure-time physical activity and cardiovascular disease risk factors in West Germany, 1984-1991. Int J Epidemiol 1994; 23: 285-92.
113. Bijnen FCH, Caspersen CJ and Mosterd WL. Physical inactivity as a risk factor for coronary heart disease: a WHO and International Society and Federation of Cardiology position statement. Bull World Health Organization 1994; 72: 1-4.
114. Shaper AG, Pocock SJ, Walker M, Cohen NM, Wale CJ & Thomson AG. British Regional Heart Study: cardiovascular risk factors in middle-aged men in 24 towns. Br Med J 1981; 283: 179-84.
115. Tsevat J, Weinstein MC, Williams LW, Tosteson A and Goldman L. Expected gains in life expectancy from various coronary heart disease risk factor modifications. Circulation 1991; 83: 1194-1201.

116. The WHO MONICA Project. Geographical variation in the major risk factors of coronary heart disease in men and women aged 35-64 years. *World Health Stat Q* 1988; 41: 115-140.
117. Jacobsen BK, Thelle DS. Risk factors for coronary heart disease and level of education. *Am J Epidemiol* 1988; 127: 923-32.
118. Pocock SJ, Shaper AG, Cook DG, Phillips A.N., Walker M. Social class differences in ischaemic heart disease in british men. *Lancet* 1987; ii : 197-201.
119. Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: a Review of the Literature. *Circulation* 1993; 88: 1973-98.
120. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona : SG Editors, 1995.
121. Cirera LI, Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Aragón A, Pérez-Flores D. Educational differences and cardiovascular risk factors in Murcia (south-east), Spain. 2nd Int'l Heart Health Conference, Barcelona: 1995.

TABLAS DE RESULTADOS

- **TASAS DE RESPUESTA**
- **CONSUMO DE TABACO**
- **TENSIÓN ARTERIAL**
- **LÍPIDOS PLASMÁTICOS**
- **SOBREPESO Y OBESIDAD**
- **ACTIVIDAD DEPORTIVA**
- **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PREVIAS**
- **MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO**
- **FACTORES SOCIOECONÓMICOS: NIVEL EDUCATIVO Y OCUPACIÓN**
- **COEFICIENTES DE VARIACIÓN**

TABLA 2.1 TASA DE RESPUESTA (%) POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: MUESTRA ELEGIBLE, NEGATIVAS, CUESTIONARIOS CUMPLIMENTADOS Y MUESTRAS SÉRICAS. TOTAL REGIONAL.

SEXO; EDAD	ELEGIBLES ¹ n	NEGATIVAS ² n (%)	CUESTIONARIO n (%)	SUERO n (%)
HOMBRES				
18 - 29	754	174 (23)	390 (52)	262 (35)
30 - 39	734	129 (18)	403 (55)	321 (44)
40 - 49	573	85 (15)	343 (60)	269 (47)
50 - 65	558	67 (12)	378 (68)	299 (35)
TODOS	2.619	455 (17)	1.514 (58)	1.151 (44)
MUJERES				
18 - 29	671	142 (21)	384 (57)	285 (43)
30 - 39	660	87 (13)	412 (62)	335 (51)
40 - 49	610	67 (11)	417 (68)	342 (56)
50 - 65	527	71 (13)	364 (69)	307 (58)
TODAS	2.468	367 (15)	1.577 (64)	1.269 (51)
TOTAL	5.087	822 (16)	3.091 (61)	2.420 (48)

n: Tamaño muestral

1. ELEGIBLE: Persona seleccionada en la muestra original y que no cumple ningún criterio de exclusión preestablecido (ver Metodología).
2. NEGATIVA: Personas elegibles que una vez contactadas, se niegan a participar. Son una fracción de la tasa de no respuesta.

TABLA 2.2 TASA DE RESPUESTA (%) POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: MUESTRA ELEGIBLE, NEGATIVAS, CUESTIONARIOS CUMPLIMENTADOS Y MUESTRAS SÉRICAS. ÁREA I: MURCIA.

SEXO; EDAD	ELEGIBLES ¹ n	NEGATIVAS ² n (%)	CUESTIONARIO n (%)	SUERO n (%)
HOMBRES				
18 - 29	121	38 (31)	70 (58)	43 (36)
30 - 39	103	28 (27)	63 (61)	45 (44)
40 - 49	94	26 (28)	57 (61)	39 (42)
50 - 65	89	14 (16)	65 (73)	42 (47)
TODOS	407	106 (26)	255 (63)	169 (42)
MUJERES				
18 - 29	110	24 (22)	73 (66)	52 (47)
30 - 39	79	12 (15)	56 (71)	45 (57)
40 - 49	94	18 (19)	69 (73)	58 (62)
50 - 65	66	13 (20)	49 (74)	45 (68)
TODAS	349	67 (19)	247 (71)	200 (57)
TOTAL	756	173 (23)	502 (66)	369 (49)

n: Tamaño muestral

1. ELEGIBLE: Persona seleccionada en la muestra original y que no cumple ningún criterio de exclusión preestablecido (ver Metodología).
2. NEGATIVA: Personas elegibles que una vez contactadas, se niegan a participar. Son una fracción de la tasa de no respuesta.

TABLA 2.3 TASA DE RESPUESTA (%) POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: MUESTRA ELEGIBLE, NEGATIVAS, CUESTIONARIOS CUMPLIMENTADOS Y MUESTRAS SÉRICAS. ÁREA II: CARTAGENA.

SEXO; EDAD	ELEGIBLES ¹ n	NEGATIVAS ² n (%)	CUESTIONARIO n (%)	SUERO n (%)
HOMBRES				
18 - 29	126	15 (12)	59 (47)	40 (32)
30 - 39	101	8 (8)	58 (57)	42 (42)
40 - 49	90	10 (11)	51 (57)	38 (42)
50 - 65	91	9 (10)	61 (67)	50 (55)
TODOS	408	42 (10)	229 (56)	170 (42)
MUJERES				
18 - 29	108	13 (12)	65 (60)	41 (38)
30 - 39	121	13 (11)	73 (60)	57 (47)
40 - 49	90	4 (4)	63 (70)	54 (60)
50 - 65	81	7 (9)	59 (73)	40 (49)
TODAS	400	37 (9)	260 (65)	192 (48)
TOTAL	808	79 (10)	489 (61)	362 (45)

n: Tamaño muestral.

1. ELEGIBLE: Persona seleccionada en la muestra original y que no cumple ningún criterio de exclusión preestablecido (ver Metodología).
2. NEGATIVA: Personas elegibles que una vez contactadas, se niegan a participar. Son una fracción de la tasa de no respuesta.

TABLA 2.4 TASA DE RESPUESTA (%) POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: MUESTRA ELEGIBLE, NEGATIVAS, CUESTIONARIOS CUMPLIMENTADOS Y MUESTRAS SÉRICAS. ÁREA III: LORCA.

SEXO; EDAD	ELEGIBLES ¹ n	NEGATIVAS ² n (%)	CUESTIONARIO n (%)	SUERO n (%)
HOMBRES				
18 - 29	91	29 (32)	52 (57)	34 (37)
30 - 39	135	25 (19)	73 (54)	57 (42)
40 - 49	85	8 (9)	62 (73)	48 (57)
50 - 65	103	7 (7)	87 (85)	60 (58)
TODOS	414	69 (17)	274 (66)	199 (48)
MUJERES				
18 - 29	103	32 (31)	54 (52)	40 (39)
30 - 39	79	16 (20)	45 (57)	33 (42)
40 - 49	119	11 (9)	100 (84)	64 (54)
50 - 65	106	11 (10)	86 (81)	64 (60)
TODAS	407	70 (17)	285 (70)	201 (49)
TOTAL	821	139 (17)	559 (68)	400 (49)

n: Tamaño muestral.

1. ELEGIBLE: Persona seleccionada en la muestra original y que no cumple ningún criterio de exclusión preestablecido (ver Metodología).
2. NEGATIVA: Personas elegibles que una vez contactadas, se niegan a participar. Son una fracción de la tasa de no respuesta.

TABLA 2.5 TASA DE RESPUESTA (%) POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: MUESTRA ELEGIBLE, NEGATIVAS, CUESTIONARIOS CUMPLIMENTADOS, MUESTRAS SÉRICAS. ÁREA IV: NOROESTE.

SEXO; EDAD	ELEGIBLES ¹ n	NEGATIVAS ² n (%)	CUESTIONARIO n (%)	SUERO n (%)
HOMBRES				
18 - 29	146	49 (34)	76 (52)	53 (36)
30 - 39	130	36 (28)	62 (48)	56 (43)
40 - 49	92	22 (24)	56 (61)	49 (53)
50 - 65	104	23 (22)	61 (59)	57 (55)
TODOS	472	130 (28)	255 (54)	215 (46)
MUJERES				
18 - 29	135	39 (29)	73 (54)	61 (45)
30 - 39	130	23 (18)	86 (66)	75 (58)
40 - 49	103	24 (23)	54 (52)	49 (48)
50 - 65	107	25 (23)	277 (58)	244 (51)
TODAS	475	111 (23)	277 (58)	244 (51)
TOTAL	947	241 (25)	532 (56)	459 (49)

n: Tamaño muestral

1. ELEGIBLE: Persona seleccionada en la muestra original y que no cumple ningún criterio de exclusión preestablecido (ver Metodología).
2. NEGATIVA: Personas elegibles que una vez contactadas, se niegan a participar. Son una fracción de la tasa de no respuesta.

TABLA 2.6 TASA DE RESPUESTA (%) POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: MUESTRA ELEGIBLE, NEGATIVAS, CUESTIONARIOS CUMPLIMENTADOS, MUESTRAS SÉRICAS. ÁREA V: ALTIPLANO.

SEXO; EDAD	ELEGIBLES ¹ n	NEGATIVAS ² n (%)	CUESTIONARIO n (%)	SUERO n (%)
HOMBRES				
18 - 29	101	25 (25)	52 (52)	38 (38)
30 - 39	119	25 (21)	67 (56)	55 (46)
40 - 49	115	11 (10)	76 (66)	61 (53)
50 - 65	77	11 (14)	47 (61)	42 (55)
TODOS	412	72 (18)	242 (59)	196 (48)
MUJERES				
18 - 29	92	20 (22)	61 (66)	50 (54)
30 - 39	119	17 (14)	82 (69)	68 (57)
40 - 49	99	8 (8)	77 (78)	64 (65)
50 - 65	68	8 (12)	52 (77)	48 (71)
TODAS	378	53 (14)	272 (72)	230 (61)
TOTAL	790	125 (16)	514 (65)	426 (54)

n: Tamaño muestral

1. ELEGIBLE: Persona seleccionada en la muestra original y que no cumple ningún criterio de exclusión preestablecido (ver Metodología).
2. NEGATIVA: Personas elegibles que una vez contactadas, se niegan a participar. Son una fracción de la tasa de no respuesta.

TABLA 2.7 TASA DE RESPUESTA (%) POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: MUESTRA ELEGIBLE, NEGATIVAS, CUESTIONARIOS CUMPLIMENTADOS, MUESTRAS SÉRICAS. ÁREA VI: LA VEGA DEL SEGURA.

SEXO; EDAD	ELEGIBLES¹ n	NEGATIVAS² n (%)	CUESTIONARIO n (%)	SUERO n (%)
HOMBRES				
18 - 29	169	18 (11)	81 (48)	54 (32)
30 - 39	146	8 (5)	80 (55)	66 (45)
40 - 49	97	7 (7)	41 (42)	34 (35)
50 - 65	94	3 (3)	57 (61)	48 (51)
TODOS	506	36 (7)	259 (51)	202 (40)
MUJERES				
18 - 29	123	14 (11)	58 (47)	41 (33)
30 - 39	132	6 (5)	70 (53)	57 (43)
40 - 49	105	2 (2)	54 (51)	53 (51)
50 - 65	99	7 (7)	54 (55)	51 (52)
TODAS	459	29 (6)	236 (51)	202 (44)
TOTAL	965	65 (7)	495 (51)	404 (42)

N: Tamaño muestral

1. ELEGIBLE: Persona seleccionada en la muestra original y que no cumple ningún criterio de exclusión preestablecido (Ver Metodología).

2. NEGATIVA: Personas elegibles que una vez contactadas, se niegan a participar. Son una fracción de la tasa de no-respuesta.

TABLA 3.1 PREVALENCIA (%) DE CONSUMO DE TABACO POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.					
SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	NO FUMADORES		FUMADORES	
		NO FUMADOR	EX- FUMADOR	FUMADOR CIGARRILLOS	FUMADOR PIPA/PURO
HOMBRES					
18 - 29	390	34,6	5,1	60,1	0,3
30 - 39	403	28,1	11,1	59,9	0,8
40 - 49	343	31,1	14,1	52,3	2,4
50 - 65	378	34,3	19,7	44,0	2,0
TODOS	1.514	32,6	11,8	54,4	1,2
MUJERES					
18 - 29	384	42,4	3,8	53,8	0,0
30 - 39	412	52,9	4,2	42,9	0,0
40 - 49	417	78,2	4,5	17,3	0,0
50 - 65	364	95,0	1,0	4,0	0,0
TODAS	1.577	65,4	3,3	31,3	0,0
TOTAL	3.091	49,1	7,5	42,8	0,6

TABLA 3.2 DISTRIBUCIÓN (%) DE FUMADORES HABITUALES DE CIGARRILLOS SEGÚN CANTIDAD CONSUMIDA EN LA ACTUALIDAD Y CANTIDAD MEDIA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.						
SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	NÚMERO DE CIGARRILLOS / DÍA			FUMADOR MEDIA	(DS)
		<10 CIG.	10-10 CIG.	≥ 20 CIG.		
HOMBRES						
18 - 29	232	21,1	36,0	42,9	15,4	8,5
30 - 39	241	14,6	28,9	56,5	19,1	10,5
40 - 49	173	12,0	16,8	71,2	21,6	11,1
50 - 65	157	11,5	21,6	66,9	20,5	10,8
TODOS	803	16,0	28,1	55,9	18,4	10,3
MUJERES						
18 - 29	199	46,2	28,9	24,9	11,3	6,7
30 - 39	171	33,4	34,1	32,5	12,5	6,9
40 - 49	54	51,4	15,6	32,9	11,4	7,5
50 - 65	12	33,9	28,8	37,3	15,5	10,8
TODAS	436	42,7	29,1	28,2	11,8	7,0
TOTAL	1.239	25,9	28,5	45,7	16,0	10,0

Se excluye a ex-fumadores (n=251) y a fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

DS: Desviación estándar.

TABLA 3.3 EDAD MEDIA EN AÑOS DE INICIO EN EL CONSUMO DE CIGARRILLOS Y PERCENTILES POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	MEDIA	(DS)	PERCENTILES		
				P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
HOMBRES						
18 - 29	252	16,0	2,5	13	16	19
30 - 39	285	17,1	3,3	13	17	20
40 - 49	223	17,2	5,0	13	17	22
50 - 65	234	17,1	5,1	10	16	23
TODOS	994	16,7	4,1	13	17	21
MUJERES						
18 - 29	219	16,2	2,2	14	16	19
30 - 39	190	18,3	4,4	15	18	25
40 - 49	71	21,5	7,1	16	20	33
50 - 65	16	32,9	10,9	17	30	48
TODAS	496	18,0	5,6	14	17	25
TOTAL	1.490	17,2	4,7	13	17	22

Se incluye a todas las personas que han fumado cigarrillos alguna vez en su vida (fumadores habituales y ex-fumadores).
DS: Desviación estándar.

TABLA 3.4 PREVALENCIA (%) DE CONSUMO DE CIGARRILLOS POR ÁREAS DE SALUD Y GRUPOS DE EDAD EN HOMBRES.

ÁREAS EDAD	n	NO FUMADOR	EX- FUMADOR	FUMADOR HABITUAL
MURCIA I				
18 - 29	70	30,0	4,4	65,6
30 - 39	62	27,3	5,6	66,9
40 - 49	56	26,8	15,8	57,4
50 - 65	64	38,1	14,1	47,8
TOTAL	252	31,0	9,2	59,8
CARTAGENA II				
18 - 29	59	37,7	7,1	55,1
30 - 39	58	26,0	20,6	53,3
40 - 49	49	37,5	14,2	48,3
50 - 65	60	23,8	27,9	48,3
TOTAL	226	31,6	16,5	51,8
LORCA III				
18 - 29	52	40,5	3,8	55,7
30 - 39	73	29,6	7,3	63,1
40 - 49	61	33,8	13,1	53,1
50 - 65	87	34,4	25,7	39,9
TOTAL	273	35,4	12,2	52,4
NOROESTE IV				
18 - 29	76	34,4	8,0	57,6
30 - 39	62	31,6	16,5	51,9
40 - 49	56	41,0	11,9	47,1
50 - 65	60	45,5	16,9	37,6
TOTAL	254	38,3	12,9	51,0
ALTIPLANO V				
18 - 29	49	26,4	2,1	71,6
30 - 39	67	22,3	8,9	68,8
40 - 49	70	32,3	17,4	51,1
50 - 65	44	31,6	20,1	48,3
TOTAL	230	27,8	10,9	61,3
VEGA SEGURA VI				
18 - 29	81	39,9	3,7	56,4
30 - 39	78	34,9	10,0	55,1
40 - 49	41	30,2	12,9	55,0
50 - 65	54	42,9	18,6	38,5
SUBTOTAL	254	37,9	10,3	51,8
TOTAL REGIÓN	1.489	33,0	11,9	55,1

n: Tamaño muestral.

Se excluyen a fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

TABLA 3.5 PREVALENCIA (%) DE CONSUMO DE CIGARRILLOS POR ÁREAS DE SALUD Y GRUPOS DE EDAD EN MUJERES.

ÁREAS EDAD	n	NO FUMADOR	EX- FUMADOR	FUMADOR HABITUAL
MURCIA I				
18 - 29	73	37,1	2,2	61,7
30 - 39	56	48,5	4,8	46,7
40 - 49	69	71,4	6,2	22,2
50 - 65	49	97,8	0,0	2,2
TOTAL	247	62,2	2,9	34,9
CARTAGENA II				
18 - 29	65	50,9	2,4	46,8
30 - 39	73	54,2	4,8	41,1
40 - 49	63	78,6	3,6	17,8
50 - 65	59	88,6	1,6	9,8
TOTAL	260	66,9	2,9	30,2
LORCA III				
18 - 29	54	46,1	6,8	48,7
30 - 39	45	59,2	2,6	38,7
40 - 49	100	93,0	5,2	1,8
50 - 65	86	98,8	0,0	1,2
TOTAL	285	72,4	3,7	23,9
NOROESTE IV				
18 - 29	73	58,4	4,1	37,6
30 - 39	86	65,8	2,2	32,0
40 - 49	54	86,6	1,5	12,0
50 - 65	64	96,8	0,0	3,3
TOTAL	277	76,1	2,0	21,9
ALTIPLANO V				
18 - 29	61	28,9	8,3	62,8
30 - 39	82	47,5	8,4	44,1
40 - 49	77	80,2	6,6	13,2
50 - 65	52	96,1	1,9	1,9
TOTAL	272	60,3	6,2	33,5
VEGA SEGURA VI				
18 - 29	58	36,2	6,6	70,4
30 - 39	70	53,9	2,6	43,5
40 - 49	54	80,0	1,9	18,0
50 - 65	54	94,0	3,8	2,2
TOTAL	236	62,6	4,3	33,1
TOTAL REGIÓN	1.577	65,4	3,3	31,3

n: Tamaño muestral.

Se excluyen a fumadoras de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

TABLA 3.6 PREVALENCIA (%) DE CONSUMO DE CIGARRILLOS SEGÚN TIPO DE RESIDENCIA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

TIPO DE RESIDENCIA; EDAD	HOMBRES				MUJERES			
	n	NO FUMADOR	EX-FUMADOR	FUMADOR HABITUAL	n	NO FUMADORA	EX-FUMADORA	FUMADORA HABITUAL
URBANO								
18 - 29	170	36,4	6,0	57,6	158	36,9	5,0	58,1
30 - 39	207	25,6	10,2	64,2	195	39,5	4,0	56,5
40 - 49	170	32,4	10,3	57,3	210	74,1	5,6	20,4
50 - 65	169	35,4	21,7	42,9	162	90,4	1,0	8,7
TOTAL	716	33,2	11,9	55,0	725	59,4	3,8	36,8
PERI URBANO								
18 - 29	148	35,8	5,7	58,5	153	47,4	2,8	49,7
30 - 39	137	28,7	11,9	59,4	157	57,2	5,3	37,5
40 - 49	106	32,9	17,2	49,9	123	80,9	4,3	14,9
50 - 65	133	32,9	18,7	48,4	132	99,8	0,0	0,2
TOTAL	524	33,1	12,4	54,5	565	69,4	2,8	27,8
RURAL								
18 - 29	69	28,5	1,5	70,0	73	42,0	3,5	54,5
30 - 39	56	34,5	12,0	53,5	60	70,3	1,6	28,1
40 - 49	57	28,0	17,2	54,8	84	82,4	2,7	14,9
50 - 65	67	39,3	19,3	41,3	70	93,6	3,9	2,5
TOTAL	249	32,4	10,8	53,3	287	69,4	3,1	27,5
TOTAL REGIÓN	1.489	32,4	10,8	56,8	1.577	65,4	3,3	31,3

n: Tamaño muestral.

Se excluyen a fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

TABLA 3.7 ASPECTOS DEL CONSUMO DE TABACO: PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA POR EDAD¹ SEGÚN SEXO.

	HOMBRES	MUJERES
TAMAÑO MUESTRAL	803	436
ASPIRACIÓN PROFUNDA DEL HUMO		
Nunca	7,0	9,4
Menos mitad veces	9,4	14,8
Más mitad veces	6,5	4,2
Siempre	77,0	71,5
CANTIDAD DE CIGARRILLO DEJADA SIN FUMAR		
Nada	32,4	26,5
Menos mitad cigarrillo	58,6	58,4
Más mitad cigarrillo	9,0	15,1
USO DE FILTROS		
Nunca / a veces	5,7	1,0
Siempre	94,3	98,8
CONSUMO TABACO BAJO NICOTINA Y/O ALQUITRÁN		
Nunca	89,0	86,8
Menos mitad 1/2 veces	3,3	3,5
Más mitad veces	2,7	2,1
Siempre	5,0	7,6

¹ Población de la Región de Murcia según censo de 1991 como estándar.

TABLA 3.8 PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA* POR EDAD DE MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN FUMADORES HABITUALES SEGÚN SEXO.

SEXO; FACTORES DE RIESGO	FUMADOR HABITUAL				
	NO FUMADOR	EX-FUMADOR	1-9CIG./DÍA	10-19 CIG./DÍA	≥ 20 CIG./DÍA
HOMBRES	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:					
LÍMITE	21,2 (495)	14,7 (191)	12,8 (135)	17,8 (218)	23,4 (450)
DEFINIDA	13,4 (495)	20,1 (191)	7,7 (135)	6,0 (218)	15,2 (450)
HIPERCOLESTEROLEMIA:					
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	32,3 (363)	29,3 (152)	24,2 (110)	25,5 (161)	35,9 (341)
DEFINIDA (≥ 250 mg./dl.)	12,3 (363)	19,4 (152)	7,3 (110)	10,8 (161)	15,5 (341)
OBESIDAD					
LÍMITE (I.M.C.: 25 - 29)	50,9 (494)	62,3 (191)	41,6 (135)	41,0 (217)	52,6 (450)
DEFINIDA (I.M.C.≥ 30)	18,8 (494)	21,1 (191)	11,5 (135)	14,1 (217)	18,3 (450)
DIABETES²	3,0 (495)	5,1 (191)	1,9 (135)	1,2 (218)	3,9 (450)
ACTIV.DEPORTIVA VIGOROSA					
≥2H/sem. ³	23,6 (495)	21,0 (191)	27,9 (135)	22,0 (217)	15,7 (450)
MUJERES					
TENSIÓN ARTERIAL:					
LÍMITE	14,0 (1081)	6,7 (60)	4,2 (208)	3,3 (130)	7,8 (98)
HIPERTENSIÓN	17,4 (1081)	8,7 (60)	3,0 (208)	4,1 (130)	2,8 (98)
COLESTEROL:					
LÍMITE (200-249 mg/dL)	32,0 (870)	31,1 (47)	23,0 (168)	14,9 (100)	24,0 (84)
ELEVADO (≥ 250 mg/dL)	12,1 (870)	41,2 (47)	3,3 (168)	0,5 (100)	5,8 (84)
ÍNDICE DE MASA CORPORAL:					
SOBREPESO	36,0 (1081)	35,9 (60)	28,1 (207)	35,3 (129)	24,9 (98)
OBESIDAD	30,4 (1081)	10,3 (60)	11,1 (207)	7,0 (129)	11,3 (98)
DIABETES²	4,6 (1081)	0,0 (60)	0,1 (208)	0,0 (130)	0,0 (98)
ACTIV. DEPOR. VIGOROSA					
≥ 2h/sem. ³	9,7 (1081)	19,2 (60)	16,7 (208)	11,8 (130)	14,6 (98)

Tamaño muestral entre paréntesis...

Fumador Habitual: Se excluye a fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

Hipertensión Arterial Límite: $140 \leq$ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. ó $90 \leq$ Tensión Diastólica < 95 mm./Hg. y sin Tt² farmacológico.

Hipertensión Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm./Hg. y/o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. y/o con Tt² farmacológico.

¹ Población de la Región de Murcia según censo de 1991 como estándar.

² Diabetes declarada: Diagnóstico médico de diabetes y Tt² farmacológico y/o dietético.

³ Actividad Deportiva vigorosa $\geq 2h$ /Semana=Actividades Deportivas moderadas (6 MET)+ Actividades Deportivas vigorosas (7MET).

TABLA 3.9 PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES SEGÚN CONSUMO DE TABACO POR GRUPOS DE EDAD EN MUJERES.

GRUPOS DE EDAD	FUMADORAS	NO FUMADORAS
18 - 29	21,1 (42) ¹	13,0 (21)
30 - 39	23,4 (40)	15,4 (34)
40 - 49	5,6 (3)	2,0 (7)
50 - 65	0,0 (0)	0,3 (1)
TOTAL	19,0 (85)	6,3 (63)

¹ Tamaño muestral entre paréntesis.

TABLA 4.1 TENSION ARTERIAL SISTOLICA MEDIA EN mm. Hg. Y PERCENTILES POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.						
SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	MEDIA	(DS)	PERCENTILES		
				P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
HOMBRES						
18 - 29	389	125,6	12,5	110	126	141
30 - 39	403	126,9	14,0	110	126	146
40 - 49	343	130,2	14,9	113	130	149
50 - 65	378	141,2	18,9	118	139	167
TODOS	1.513	130,8	16,3	111	129	151
MUJERES						
18 - 29	384	113,0	11,4	100	113	129
30 - 39	412	116,7	13,9	101	118	135
40 - 49	417	126,0	16,9	109	125	147
50 - 65	364	139,4	21,7	116	140	169
TODAS	1.577	123,3	19,3	103	121	149
TOTAL	3.090	127,0	18,1	108	125	150

DS: Desviación estándar.

TABLA 4.2 TENSION ARTERIAL DIASTOLICA MEDIA EN mm. Hg. Y PERCENTILES POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.						
SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	MEDIA	(DS)	PERCENTILES		
				P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
HOMBRES						
18 - 29	389	73,5	10,2	60	71	85
30 - 39	403	77,6	10,8	63	78	90
40 - 49	343	81,3	10,4	69	80	93
50 - 65	378	83,4	11,8	69	83	98
TODOS	1.513	78,3	11,5	63	79	92
MUJERES						
18 - 29	384	67,6	9,4	58	69	80
30 - 39	412	72,5	10,4	60	72	87
40 - 49	417	78,5	10,9	63	79	91
50 - 65	364	82,8	12,4	69	83	100
TODAS	1.577	74,7	12,2	60	75	91
TOTAL	3.090	76,5	11,9	61	78	91

DS: Desviación estándar.

TABLA 4.3 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN (%) SEGÚN INTERVALOS DE 10 mm. Hg. DE TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mm./Hg.)						
		<110	110-119	120-129	130-139	140-149	150-159	≥160
HOMBRES								
18 - 29	389	6,0	24,1	30,6	22,4	13,4	3,2	0,5
30 - 39	403	7,0	16,5	37,0	21,5	11,8	4,5	1,7
40 - 49	343	2,7	18,8	24,4	29,4	15,4	4,6	4,6
50 - 65	378	1,9	6,7	20,1	22,0	17,8	14,2	17,4
TODOS	1.513	4,5	17,0	28,0	23,3	14,6	6,6	6,0
MUJERES								
18 - 29	384	35,8	34,0	21,9	6,9	0,7	0,7	0,0
30 - 39	412	26,9	31,5	26,1	10,5	3,3	1,0	0,7
40 - 49	417	14,3	20,4	27,6	18,3	11,8	4,1	3,5
50 - 65	364	5,0	12,2	13,6	21,0	19,9	9,9	18,4
TODAS	1.577	21,7	25,1	21,5	13,5	8,5	3,9	5,9
TOTAL	3.090	13,2	21,1	24,7	18,4	11,5	5,3	5,9

TABLA 4.4 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN (%) SEGÚN INTERVALOS DE 10 mm. Hg. DE TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mm. Hg.)					
		<60	60-69	70-79	80-89	90-99	≥ 100
HOMBRES							
18 - 29	389	8,5	22,7	36,3	28,3	2,6	1,7
30 - 39	403	2,4	21,2	30,4	34,9	8,1	3,0
40 - 49	343	0,4	12,1	31,0	32,8	18,4	5,4
50 - 65	378	1,9	6,9	24,6	37,9	19,2	9,4
TODOS	1.513	4,1	16,4	31,1	33,0	10,9	4,7
MUJERES							
18 - 29	384	16,5	40,1	31,0	11,2	1,2	0,1
30 - 39	412	7,6	30,8	34,3	22,0	4,8	0,5
40 - 49	417	3,3	15,3	32,7	31,0	15,3	2,3
50 - 65	364	3,3	8,1	21,2	40,7	18,6	8,0
TODAS	1.577	8,7	25,0	29,3	25,1	9,2	2,7
TOTAL	3.090	6,4	20,7	30,2	29,0	10,0	3,7

TABLA 4.5 PREVALENCIA (%) DE TENSION ARTERIAL NORMAL¹, HIPERTENSION ARTERIAL LIMITE² Y DEFINIDA³ SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	TENSION ARTERIAL HIPERTENSION		
		NORMAL ¹	LIMITE ²	DEFINIDA ³
HOMBRES				
18 - 29	389	81,4	15,7	2,9
30 - 39	403	77,2	15,5	7,3
40 - 49	343	63,8	24,0	12,2
50 - 65	378	44,5	23,7	31,9
TODOS	1.513	67,7	19,2	13,1
MUJERES				
18 - 29	384	96,7	2,6	0,7
30 - 39	412	91,0	5,8	3,2
40 - 49	417	71,9	15,2	12,9
50 - 65	364	42,8	20,2	37,0
TODAS	1.577	76,3	10,3	13,4
TOTAL	3.090	72,0	14,7	13,3

¹ Tensión Arterial Normal: Tensión Sistólica < 140 mm. Hg. y Tensión Diastólica < 90 mm. Hg. y sin Tt^e Farmacológico.

² Hipertensión Arterial Límite: 140 ≤ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. o 90 ≤ Tensión Diastólica < 95 y sin Tt^e farmacológico.

³ Hipertensión Arterial Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm. Hg. o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. o con Tt^e Farmacológico.

TABLA 4.6 PREVALENCIA (%) DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA AISLADA SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	HIPERTENSION SISTOLICA AISLADA	
		LIMITE ¹	DEFINIDA ²
HOMBRES			
18 - 29	389	14,4	0,5
30 - 39	403	10,7	0,7
40 - 49	343	11,0	1,0
50 - 65	378	25,4	8,8
TODOS	1.513	16,0	2,8
MUJERES			
18 - 29	384	1,4	0,0
30 - 39	412	3,0	0,6
40 - 49	417	8,4	0,8
50 - 65	364	25,0	10,9
TODAS	1.577	9,5	3,3
TOTAL	3.090	12,7	3,0

¹ Hipertensión Sistólica Aislada Límite: 140 ≤ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. y Tensión Diastólica < 90 mm. Hg.

² Hipertensión Sistólica Aislada Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm. Hg. y Tensión Diastólica < 90 mm. Hg.

TABLA 4.7 PREVALENCIA (%) DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN NIVELES DE TENSIÓN DIASTÓLICA (mm. Hg.) POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.				
SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	HIPERTENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mm. Hg.)		
		LIGERA (90-104)	MODERADA (105-114)	GRAVE (≥ 115)
HOMBRES				
18 - 29	389	4,2	0,0	0,0
30 - 39	403	9,3	1,9	0,0
40 - 49	343	21,0	2,1	0,7
50 - 65	378	25,2	2,4	1,0
TODOS	1.513	13,8	1,4	0,4
MUJERES				
18 - 29	384	1,2	0,1	0,0
30 - 39	412	5,2	0,0	0,1
40 - 49	417	17,2	0,4	0,0
50 - 65	364	21,9	4,1	0,6
TODAS	1.577	10,6	1,2	0,2
TOTAL	3.090	12,2	1,3	0,3

TABLA 4.8 DISTRIBUCIÓN (%) DE HIPERTENSOS ¹ SEGÚN GRADO DE TRATAMIENTO Y CONTROL POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.				
SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	HIPERTENSOS (%)		
		TRATADA ² CONTROLADA	TRATADA ³ NO CONTROLADA	NO TRATADA ⁴ NO CONTROLADA
HOMBRES				
18 - 29	9	0,0	19,4	80,6
30 - 39	31	32,7	0,0	67,3
40 - 49	42	26,3	12,6	61,2
50 - 65	116	23,3	6,1	70,7
TODOS	198	23,0	7,5	69,5
MUJERES				
18 - 29	2	88,9	0,0	11,1
30 - 39	14	25,7	0,0	74,3
40 - 49	51	38,2	8,1	53,7
50 - 65	141	33,5	3,3	63,1
TODAS	208	34,9	3,9	61,2
TOTAL	406	29,0	5,7	65,3

¹ Hipertensión: Tensión Sistólica ≥ 160 mm Hg o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. o con Tt^o Farmacológico.

² Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. y Tensión Diastólica < 95 mm. Hg. y con Tt^o Farmacológico.

³ Tensión Sistólica ≥ 160 mm. Hg. o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. y con Tt^o Farmacológico.

⁴ Tensión Sistólica ≥ 160 mm. Hg. o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. y sin Tt^o Farmacológico.

TABLA 4.9 DISTRIBUCIÓN (%) DE LA POBLACIÓN HIPERTENSA¹ SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	SIN TRATAMIENTO	TIPOS DE TRATAMIENTO; % personas		
			SÓLO MEDICACIÓN	MEDICACIÓN Y DIETA	SÓLO DIETA
HOMBRES					
18 - 29	9	11,9	0,0	7,1	0,0
30 - 39	31	13,9	14,6	4,7	4,5
40 - 49	42	15,1	25,0	14,5	3,1
50 - 65	116	59,1	60,4	73,7	92,4
TODOS	198	53,7	18,7	21,7	6,0
MUJERES					
18 - 29	2	0,6	0,0	5,8	0,0
30 - 39	14	9,5	1,3	4,4	1,7
40 - 49	51	19,3	17,1	16,3	27,9
50 - 65	141	70,7	81,7	73,5	90,5
TODAS	208	34,0	34,3	26,4	5,3
TOTAL	406	43,7	26,6	24,1	5,6

1 Tensión Arterial Sistólica \geq 160 mm Hg o Tensión Diastólica \geq 95 mm Hg o con Tto. Farmacológico.

TABLA 4.10 PREVALENCIA (%) DE LAS PERSONAS A LAS QUE ALGUNA VEZ UN MÉDICO LES HA DICHO QUE TIENEN LA TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	ELEVACIÓN TENSIÓN ARTERIAL		
		SI	NO	NO SABE
HOMBRES				
18 - 29	389	6,4	88,1	5,5
30 - 39	403	11,2	84,3	4,6
40 - 49	343	15,3	81,9	2,8
50 - 65	378	30,5	65,0	4,5
TODOS	1.513	15,3	80,1	4,6
MUJERES				
18 - 29	384	5,8	92,4	1,9
30 - 39	412	7,4	92,7	0,0
40 - 49	417	19,5	79,0	1,6
50 - 65	364	40,8	57,8	1,4
TODAS	1.577	18,2	80,5	1,3
TOTAL	3.090	16,8	80,3	2,9

TABLA 4.11 PREVALENCIA (%) DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL LÍMITE¹ Y DEFINIDA² POR SEXO, ÁREAS DE SALUD Y GRUPOS DE EDAD.

ÁREAS: EDAD	HOMBRES				MUJERES	
	n	HIPERTENSIÓN ARTERIAL %		n	HIPERTENSIÓN ARTERIAL %	
		LÍMITE	DEFINIDA		LÍMITE	DEFINIDA
MURCIA I						
18 - 29	70	18,2	5,9	73	2,2	1,6
30 - 39	63	16,2	6,8	56	4,8	3,5
40 - 49	57	20,2	14,6	69	11,9	14,4
50 - 65	65	19,3	32,0	49	10,1	38,1
TOTAL	255	18,4	14,4	247	6,6	14,2
CARTAGENA II						
18 - 29	58	12,2	1,1	65	2,4	0,0
30 - 39	58	8,6	5,1	73	2,5	1,0
40 - 49	51	24,9	4,2	63	19,4	7,2
50 - 65	61	25,0	29,0	59	31,8	27,1
TOTAL	228	17,0	9,8	260	13,5	8,9
LORCA III						
18 - 29	52	19,0	0,0	54	5,8	0,0
30 - 39	73	20,2	10,1	45	6,6	1,3
40 - 49	62	34,4	11,9	100	13,0	16,8
50 - 65	87	31,7	31,0	86	21,6	39,0
TOTAL	274	25,5	12,8	285	11,8	14,6
NOROESTE IV						
18 - 29	76	10,9	2,3	73	0,0	0,0
30 - 39	62	15,5	6,1	86	8,4	3,1
40 - 49	56	25,1	10,4	54	11,9	12,9
50 - 65	61	27,8	36,0	64	17,3	51,1
TOTAL	255	19,2	14,5	277	8,8	18,2
ALTIPLANO V						
18 - 29	52	7,7	1,9	61	2,8	1,7
30 - 39	67	14,9	6,0	82	4,8	1,2
40 - 49	76	16,1	11,1	77	14,1	7,5
50 - 65	47	25,3	12,9	52	23,2	30,9
TOTAL	242	15,5	7,3	272	10,9	11,0
VEGA SEGURA VI						
18 - 29	81	17,0	1,3	58	2,6	0,0
30 - 39	80	21,9	10,9	70	12,9	8,6
40 - 49	41	25,9	21,0	54	20,4	17,2
50 - 65	57	22,9	41,8	54	27,4	44,8
TOTAL	259	21,1	17,0	236	14,3	16,4
TOTAL REGIÓN	1.513	19,2	13,1	1.577	10,3	

n: Tamaño muestral

¹ Hipertensión Arterial Límite: 140 ≤ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. ó 90 ≤ Tensión Diastólica < 95 mm. Hg. y sin Tt^o Farmacológico.

² Hipertensión Arterial Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm. Hg. o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. o con Tt^o Farmacológico.

TABLA 4.12 PREVALENCIA (%) DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL LÍMITE¹ Y DEFINIDA² SEGÚN SEXO, TIPO DE RESIDENCIA Y GRUPOS DE EDAD.

TIPO DE RESIDENCIA: EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	HOMBRES		TAMAÑO MUESTRAL	MUJERES	
		HIPERTENSIÓN ARTERIAL (%)			HIPERTENSIÓN ARTERIAL (%)	
		LÍMITE ¹	DEFINIDA ²		LÍMITE ¹	DEFINIDA ²
URBANO						
18 - 29	211	10,9	4,2	193	2,4	1,4
30 - 39	241	13,6	7,0	227	6,7	3,6
40 - 49	206	23,4	10,0	238	15,0	12,5
50 - 65	207	22,1	30,2	196	21,2	34,0
TOTAL	865	16,6	12,7	854	10,7	12,9
PERIURBANO						
18 - 29	134	19,5	2,4	139	2,7	0,0
30 - 39	122	20,1	5,2	145	5,5	3,6
40 - 49	91	23,5	13,3	116	10,8	14,3
50 - 65	118	26,6	34,8	115	17,9	40,8
TOTAL	465	22,2	13,4	515	8,9	14,5
RURAL						
18 - 29	44	22,4	0,0	52	3,2	0,0
30 - 39	40	9,7	14,0	40	3,5	0,6
40 - 49	46	27,8	16,6	63	28,5	10,4
50 - 65	53	21,3	30,0	53	22,9	38,0
TOTAL	183	20,5	13,8	208	13,2	12,2
TOTAL REGIÓN	1.513	19,2	13,1	1.577	10,3	13,4

¹ Hipertensión Arterial Límite: $140 \leq$ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. ó $90 \leq$ Tensión Diastólica < 95 mm. Hg. y sin Tt^o Farmacológico.

² Hipertensión Arterial Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm. Hg. o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. o con Tt^o Farmacológico.

TABLA 4.13 PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA POR EDAD¹ DE MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO Y NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL.

SEXO, FACTORES DE RIESGO	NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL		
	NORMAL	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
		LÍMITE ¹	DEFINIDA ²
	% (n)	% (n)	% (n)
HOMBRES			
FUMADOR HABITUAL	55,0 (1.012)	55,7 (303)	47,3 (198)
HIPERCOLESTEROLEMIA			
LÍMITE (200-249 mg/dL)	31,7 (764)	30,1 (229)	29,1 (158)
DEFINIDA (≥ 250 mg/dL)	10,2 (764)	17,0 (229)	25,5 (158)
OBESIDAD			
LÍMITE O SOBREPESO	49,3 (1.011)	55,1 (303)	48,8 (198)
DEFINIDA	12,9 (1.011)	24,2 (303)	36,0 (198)
DIABETES³	1,5 (1.012)	4,0 (303)	10,2 (198)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥ 2H/sem.²	23,8 (1.012)	16,7 (303)	11,1 (198)
MUJERES			
FUMADORA HABITUAL	35,6 (1.188)	13,3 (181)	7,5 (208)
HIPERCOLESTEROLEMIA			
LÍMITE (200-249 mg/dL)	27,4 (936)	35,7 (145)	29,7 (188)
DEFINIDA (≥ 250 mg/dL)	5,1 (936)	20,7 (145)	21,4 (188)
OBESIDAD			
LÍMITE O SOBREPESO	33,8 (1.186)	36,4 (181)	33,3 (208)
DEFINIDA	15,1 (1.186)	44,5 (181)	56,0 (208)
DIABETES³	1,6 (1.188)	4,6 (181)	10,8 (208)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥ 2H/sem.⁴	12,8 (1.188)	6,1 (181)	8,0 (208)

Tamaño muestral entre paréntesis.

Fumador Habitual: Se excluye a fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

Hipertensión Arterial Límite: 140 ≤ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. ó 90 ≤ Tensión Diastólica < 95 mm. Hg. y sin Tt^o farmacológico.

Hipertensión Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm. Hg. y/o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. y/o con Tt^o farmacológico.

Fumador Habitual: Se excluyen a ex-fumadores (n= 251) y fumadores de otros tipos de tabaco (n=25).

¹ Población de la Región de Murcia según censo de 1991 como estándar.

² Diabetes declarada: Diagnóstico médico de diabetes y Tt^o farmacológico y/o dietético.

³ Actividad Deportiva vigorosa ≥ 2h/Semana=Actividades Deportivas moderadas (6 MET)+ Actividades Deportivas vigorosas (7MET).

**TABLA 5.1 COLESTEROL TOTAL (mg./dl.) MEDIO Y PERCENTILES
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.**

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	MEDIA	(DS)	PERCENTILES		
				P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
HOMBRES						
18 - 29	250	174,0	39,1	122	173	225
30 - 39	301	196,7	46,5	140	197	260
40 - 49	251	197,2	47,7	135	200	258
50 - 65	274	210,9	47,4	148	204	266
TODOS	1.076	192,5	47,2	136	195	257
MUJERES						
18 - 29	269	167,4	36,0	122	169	215
30 - 39	328	179,7	39,3	127	178	226
40 - 49	318	193,1	42,6	136	190	245
50 - 65	290	213,9	45,3	148	214	267
TODAS	1.205	187,3	43,8	131	185	246
TOTAL	2.281	191,3	45,6	133	189	251

DS: Desviación estándar.

**TABLA 5.2 HDL-COLESTEROL (mg./dl.) MEDIO Y PERCENTILES
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.**

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	MEDIA	(DS)	PERCENTILES		
				P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
HOMBRES						
18 - 29	250	58,0	16,6	42	58	79
30 - 39	298	55,9	16,4	39	53	76
40 - 49	250	56,6	16,6	38	54	79
50 - 65	272	58,9	18,3	40	56	84
TODOS	1.070	57,6	17,1	10	55	79
MUJERES						
18 - 29	267	68,7	19,1	48	67	92
30 - 39	327	64,2	16,9	48	63	92
40 - 49	316	66,9	19,4	44	63	94
50 - 65	290	67,3	18,8	45	64	89
TODAS	1.200	67,1	18,4	46	64	92
TOTAL	2.270	62,4	18,4	42	60	88

DS: Desviación estándar.

TABLA 5.3 TRIGLICÉRIDOS (mg./dl.) MEDIOS Y PERCENTILES POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	MEDIA	(DS)	PERCENTILES		
				P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
HOMBRES						
18 - 29	250	116,6	65,4	53	97	189
30 - 39	300	140,3	99,9	60	120	261
40 - 49	251	152,6	99,8	67	126	249
50 - 65	274	148,2	79,5	69	120	231
TODOS	1.075	136,1	88,7	61	115	237
MUJERES						
18 - 29	269	78,0	37,5	46	68	126
30 - 39	328	87,8	40,3	49	77	138
40 - 49	318	100,6	50,9	51	88	159
50 - 65	290	124,6	67,8	60	105	203
TODAS	1.205	96,9	52,9	50	83	158
TOTAL	2.280	115,8	74,9	54	95	199

DS: Desviación estándar.

TABLA 5.4 DISTRIBUCIÓN (%) POBLACIONAL SEGÚN CATEGORÍAS DE COLESTEROL SÉRICO TOTAL (mg./dl.) POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	NIVEL COLESTEROL SÉRICO		
		<200 mg/dl.	200-249 mg/dl.	≥ 250 mg/dl.
HOMBRES				
18 - 29	250	72,6	25,5	1,9
30 - 39	301	55,0	32,0	13,0
40 - 49	251	52,7	30,0	17,4
50 - 65	274	41,3	35,5	23,2
TODOS	1.076	57,2	30,3	12,5
MUJERES				
18 - 29	269	82,6	16,4	1,0
30 - 39	328	72,8	24,0	3,2
40 - 49	318	58,0	34,3	7,7
50 - 65	290	37,7	36,4	25,9
TODAS	1.205	63,9	26,6	9,5
TOTAL	2.281	60,5	28,5	11,0

TABLA 5.5 DISTRIBUCIÓN (%) POBLACIONAL SEGÚN CATEGORÍAS DE TRIGLICÉRIDOS SÉRICOS (mg./dl.) POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO: EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	TRIGLICÉRIDOS SÉRICOS	
		<200 mg/dl.	≥ 200 mg/dl.
HOMBRES			
18 - 29	250	91,6	8,4
30 - 39	300	80,6	19,4
40 - 49	251	79,6	20,4
50 - 65	274	81,8	18,2
TODOS	1.075	84,7	15,3
MUJERES			
18 - 29	269	98,9	1,1
30 - 39	328	98,0	2,0
40 - 49	318	94,7	5,4
50 - 65	290	88,1	11,9
TODAS	1.205	95,0	5,0
TOTAL	2.280	89,9	10,1

TABLA 5.6 PREVALENCIA (%) DE COLESTEROL SÉRICO ELEVADO, SEGÚN ÁREAS DE SALUD POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

ÁREAS: EDAD	HOMBRES %			MUJERES %		
	TAMAÑO MUESTRAL	200-249 mg./dl.	≥ 250 mg./dl.	TAMAÑO MUESTRAL	200-249 mg./dl.	≥ 250 mg./dl.
MURCIA I						
18 - 29	43	29,3	2,6	50	18,0	1,8
30 - 39	41	30,4	9,0	42	25,8	2,5
40 - 49	37	21,7	20,1	54	27,1	5,0
50 - 65	39	43,1	29,3	43	36,9	25,4
TOTAL	160	30,2	14,5	189	26,8	8,1
CARTAGENA						
18 - 29	39	25,0	1,6	40	17,6	0,0
30 - 39	40	36,1	12,3	56	21,6	4,3
40 - 49	35	38,3	15,3	53	36,4	10,9
50 - 65	47	18,6	21,5	40	33,3	29,0
TOTAL	161	28,8	13,2	189	28,1	9,8
LORCA						
18 - 29	30	13,6	4,5	36	15,9	0,0
30 - 39	50	26,5	29,4	32	23,9	0,0
40 - 49	39	33,1	17,4	51	55,0	8,3
50 - 65	47	37,9	18,4	56	32,9	27,3
TOTAL	166	29,4	19,5	175	34,2	10,1
NOROESTE						
18 - 29	49	32,9	0,0	57	12,8	4,7
30 - 39	52	41,7	11,8	73	16,6	2,3
40 - 49	48	40,0	8,1	48	35,4	6,4
50 - 65	54	40,9	23,2	54	40,5	27,9
TOTAL	203	38,7	10,9	232	24,4	9,2
ALTIPLANO						
18 - 29	38	26,9	0,0	48	22,6	0,0
30 - 39	54	33,3	11,0	68	30,3	1,4
40 - 49	60	48,2	8,6	64	35,5	2,5
50 - 65	42	45,2	12,1	48	43,2	12,3
TOTAL	194	39,3	8,2	228	33,2	4,2
VEGA SEGURA						
18 - 29	51	21,9	0,0	38	10,0	0,0
30 - 39	64	29,0	12,0	57	24,4	6,7
40 - 49	32	25,0	20,5	48	33,0	10,9
50 - 65	45	37,3	18,1	49	39,4	24,1
TOTAL	192	29,1	11,3	192	28,2	10,1
TOTAL REGIÓN	1.076	30,3	12,5	1.205	26,6	9,5

TABLA 5.7 PREVALENCIA (%) DE COLESTEROL SÉRICO ELEVADO (mg./dl.), SEGÚN TIPO DE RESIDENCIA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

TIPO DE RESIDENCIA; EDAD	HOMBRES %			MUJERES %		
	TAMAÑO MUESTRAL	200-249 mg./dl.	≥ 250 mg./dl.	TAMAÑO MUESTRAL	200-249 mg./dl.	≥ 250 mg./dl.
MURCIA I						
18 - 29	141	29,5	1,9	146	14,4	1,7
30 - 39	183	31,9	14,9	191	29,2	2,0
40 - 49	158	37,5	20,2	175	38,6	9,5
50 - 65	153	33,2	32,8	152	31,6	35,1
TOTAL	635	33,0	17,8	664	28,7	11,2
PERI URBANO						
18 - 29	77	21,8	2,3	87	17,0	0,5
30 - 39	90	27,8	11,8	104	22,7	4,4
40 - 49	62	22,6	12,1	94	32,0	4,5
50 - 65	88	41,0	18,3	93	41,6	18,7
TOTAL	317	27,1	11,2	378	28,8	6,9
RURAL						
18 - 29	32	21,5	0,0	36	21,9	0,0
30 - 39	28	43,9	10,2	33	7,9	4,0
40 - 49	31	22,9	21,9	49	24,7	10,0
50 - 65	33	28,9	1,9	45	40,3	10,0
TOTAL	124	31,5	7,0	163	26,1	6,2
TOTAL REGIÓN	1.076	30,3	12,5	1.205	26,6	9,5

TABLA 5.8 DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN A LAS QUE UN MÉDICO LES HA DICHO QUE TIENEN EL COLESTEROL SÉRICO ELEVADO SEGÚN ÁREAS DE SALUD POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	ÁREAS DE SALUD											
	MURCIA I		CARTAGENA II		LORCA III		NOROESTE IV		ALTIPLANO V		LA VEGA VI	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HOMBRES												
18 - 29	70	4,3	59	0,0	52	0,0	76	5,5	52	3,9	81	10,2
30 - 39	63	15,2	58	10,4	73	14,9	62	11,6	67	16,4	80	15,9
40 - 49	57	15,9	51	12,8	62	12,4	56	6,6	76	22,3	41	28,4
50 - 65	65	16,6	61	19,8	87	28,9	61	16,8	47	17,2	57	29,7
TODOS	255	12,6	229	10,7	274	17,3	255	10,2	242	15,7	259	19,3
MUJERES												
18 - 29	73	0,0	65	0,0	54	7,1	73	3,3	61	5,0	58	2,0
30 - 39	56	9,1	73	6,1	45	7,9	86	4,6	82	12,9	70	8,6
40 - 49	69	9,7	63	6,3	100	22,7	54	11,7	77	13,2	54	27,8
50 - 65	49	42,4	59	17,2	86	31,1	64	27,3	52	30,7	54	23,9
TODAS	247	13,3	260	7,2	285	19,3	277	10,6	272	14,0	236	14,8
TOTAL REGIÓN	502	13,5	489	8,3	559	15,2	532	11,2	514	14,3	495	16,6

n: Tamaño muestral.

TABLA 5.9 DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN EN TRATAMIENTO¹ FARMACOLÓGICO, DIETÉTICO O AMBOS, DEBIDO AL COLESTEROL SÉRICO ELEVADO SEGÚN ÁREAS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO: EDAD	ÁREAS DE SALUD											
	MURCIA I		CARTAGENA II		LORCA III		NOROESTE IV		ALTIPLANO V		LA VEGA VI	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HOMBRES												
18 - 29	70	1,5	59	0,0	52	0,0	76	5,5	52	1,9	81	5,0
30 - 39	63	7,5	58	0,0	73	2,9	62	6,7	67	4,5	80	7,4
40 - 49	57	3,2	51	2,8	62	0,0	56	5,0	76	4,0	41	17,3
50 - 65	65	8,5	61	10,2	87	10,5	61	10,9	47	6,5	57	6,9
TODOS	255	4,8	229	3,3	274	4,1	255	7,2	242	4,2	259	8,2
MUJERES												
18 - 29	73	0,0	65	0,0	54	0,0	73	1,6	61	0,0	58	0,0
30 - 39	56	3,5	73	2,1	45	1,3	86	1,3	82	4,6	70	0,0
40 - 49	69	2,4	63	0,0	100	7,2	54	3,3	77	4,0	54	16,6
50 - 65	49	24,5	59	7,0	86	7,6	64	25,9	52	15,5	54	14,2
TODAS	247	6,4	260	2,4	285	4,6	277	7,2	272	4,8	236	6,7
TOTAL REGIÓN	502	6,4	489	2,7	559	3,6	532	8,2	514	5,1	495	7,4

¹ En las dos semanas anteriores a la entrevista.

n: Tamaño muestral.

TABLA 5.10 FRECUENCIA (%) DE DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE¹ POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD².

TT ² : SEXO: EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	SIN TRATAMIENTO	MEDICACIÓN	DIETA	MEDICACIÓN + DIETA
HOMBRES					
18 - 29	67	97,0	1,3	1,7	0,0
30 - 39	143	94,4	0,5	4,7	0,4
40 - 49	126	93,8	1,3	4,8	0,2
50 - 65	157	86,0	2,6	7,4	4,0
TODOS	493	91,5	1,6	5,1	1,7
MUJERES					
18 - 29	48	100	0,0	0,0	0,0
30 - 39	89	94,7	0,0	1,8	3,5
40 - 49	137	94,0	1,2	3,4	1,5
50 - 65	177	80,0	3,7	10,4	5,9
TODAS	451	89,6	1,8	5,4	3,2
TOTAL	944	90,6	1,7	5,3	2,4

¹ En las dos semanas anteriores a la entrevista.

² Se ha incluido a todas las personas que tienen el colesterol sérico ≥ 250 mg./dl. y declaran estar siguiendo algún tipo de tratamiento para reducir el colesterol sérico.

TABLA 5.11 PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA POR EDAD¹ DE MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN NIVELES DE COLESTEROL SÉRICO POR SEXO.

SEXO, FACTORES DE RIESGO	< 200 mg./dl.	200-249 mg./dl.	≥ 250 mg./dl.
	% (n)	% (n)	% (n)
HOMBRES			
FUMADOR HABITUAL	66,8 (496)	65,0 (307)	66,8 (110)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	18,8 (583)	19,9 (354)	24,5 (139)
DEFINIDA	11,7 (583)	19,8 (354)	19,4 (139)
OBESIDAD			
LÍMITE O SOBREPESO (BMI: 25 - 29)	45,9 (583)	53,1 (354)	61,7 (139)
DEFINIDA (BMI ≥ 30)	19,1 (583)	19,8 (354)	19,4 (139)
DIABETES⁽²⁾	3,3 (583)	3,6 (354)	7,1 (139)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥ 2H/sem. ³	24,9 (583)	14,1 (354)	17,1 (139)
MUJERES			
FUMADORA HABITUAL	38,1 (723)	21,8 (334)	11,6 (102)
TENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	7,3 (754)	13,6 (346)	23,9 (105)
HIPERTENSIÓN	11,8 (754)	14,9 (346)	35,0 (105)
OBESIDAD			
LÍMITE O SOBREPESO (BMI: 25 - 29)	31,4 (754)	36,8 (345)	37,9 (105)
DEFINIDA (BMI ≥ 30)	22,7 (754)	28,4 (345)	51,0 (105)
DIABETES⁽²⁾	1,6 (754)	5,3 (346)	6,3 (105)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥ 2h/sem. ⁽³⁾	14,4 (754)	5,8 (346)	5,4 (105)

Tamaño muestral entre paréntesis.

Fumador Habitual: Se excluyen a ex-fumadores (n= 251) y de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

Hipertensión Arterial Límite: 140 ≤ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. ó 90 ≤ Tensión Diastólica <95 mm./Hg. y sin Tt^o farmacológico.

Hipertensión Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm./Hg. y/o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. y/o con Tt^o farmacológico.

¹ Población de la Región de Murcia según censo de 1991 como estándar.

² Diabetes declarada: Diagnóstico médico de diabetes y Tt^o farmacológico y/o dietético.

³ Actividad Deportiva vigorosa ≥ 2h/Semana=Actividades Deportivas moderadas (6 MET)+ Actividades Deportivas vigorosas (7MET).

TABLA 6.1 DISTRIBUCIÓN (%) DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) MEDIO Y PERCENTILES POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	MEDIA	(DS)	PERCENTILES		
				P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
HOMBRES						
18 - 29	389	25,7	3,4	21,5	25,1	30,0
30 - 39	403	26,3	3,3	22,3	26,4	30,5
40 - 49	342	27,6	3,5	22,9	27,2	31,7
50 - 65	378	27,9	3,7	23,1	27,7	32,4
TODOS	1.512	26,7	3,6	22,4	26,6	31,4
MUJERES						
18 - 29	382	23,2	3,5	19,7	22,8	27,3
30 - 39	412	25,9	4,1	21,3	25,0	31,0
40 - 49	417	28,3	4,8	22,9	27,3	34,1
50 - 65	364	30,7	4,6	24,6	30,0	36,2
TODAS	1.575	26,7	5,0	21,3	26,0	33,5
TOTAL	3.087	26,7	4,4	21,8	26,4	32,4

DS: Desviación estándar.

TABLA 6.2 PREVALENCIA (%) DE PESO NORMAL, SOBREPESO, OBESIDAD Y OBESIDAD MÓRBIDA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE CONSENSO ITALIANO¹ Y LA CLASIFICACIÓN DE GARROW² POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	CLASIFICACIÓN CONSENSO ITALIANO				CLASIFICACIÓN DE GARROW			
		<26	26-29,9	30-30,9	≥40	<25	25-25,9	30-30,9	≥40
HOMBRES									
18 - 29	389	57,5	31,3	11,0	0,2	45,8	43,0	11,0	0,2
30 - 39	403	47,5	41,4	11,0	0,1	35,6	53,3	11,0	0,1
40 - 49	342	31,2	46,1	22,7	0,0	24,0	53,3	22,7	0,0
50 - 65	378	29,9	43,4	26,7	0,0	19,8	53,5	26,7	0,0
TODOS	1.512	43,6	39,2	17,2	0,0	33,0	49,7	17,2	0,1
		<24	24-26,9	27 - 37,9	≥38	<25	25-29,9	30-39,9	≥40
MUJERES									
18 - 29	382	68,7	20,3	10,6	0,5	78,1	17,4	4,2	0,3
30 - 39	412	32,8	35,9	30,2	1,1	45,3	40,8	13,8	0,2
40 - 49	417	18,2	26,8	47,8	7,3	29,3	39,0	29,5	2,2
50 - 65	364	5,4	14,4	73,5	6,8	10,5	39,9	45,4	4,2
TODAS	1.575	34,9	23,0	38,6	3,5	44,0	32,3	22,0	1,7
TOTAL	3.087	—	—	—	—	38,6	40,9	19,6	0,9

¹ Referencia 50.

² Referencia 51.

TABLA 6.3 PREVALENCIA (%) DE SOBREPESO U OBESIDAD LÍMITE¹ Y OBESIDAD DEFINIDA² SEGÚN SEXO, ÁREAS DE SALUD Y GRUPOS DE EDAD.

ÁREAS; EDAD	HOMBRES				MUJERES		
	n	OBESIDAD%		n	OBESIDAD%		
		LÍMITE	DEFINIDA		LÍMITE	DEFINIDA	
MURCIA I							
18 - 29	70	41,5	15,2	73	20,3	4,2	
30 - 39	63	45,0	4,5	56	43,8	14,5	
40 - 49	57	54,6	20,5	69	27,9	35,5	
50 - 65	65	57,4	21,9	49	35,3	56,8	
TOTAL	255	48,7	15,7	247	30,6	26,3	
CARTAGENA II							
18 - 29	58	47,3	8,4	65	15,5	3,3	
30 - 39	58	58,9	19,	73	42,4	17,6	
40 - 49	51	57,3	24,4	63	40,4	35,5	
50 - 65	61	58,9	24,9	59	47,7	42,0	
TOTAL	228	54,5	17,3	260	34,4	22,6	
LORCA III							
18 - 29	52	45,1	6,9	54	10,3	4,5	
30 - 39	73	55,2	13,0	45	46,2	6,6	
40 - 49	61	60,7	16,1	100	54,6	18,7	
50 - 65	87	45,4	36,3	86	32,5	43,5	
TOTAL	273	50,1	17,9	285	32,0	18,8	
NOROESTE IV							
18 - 29	76	48,4	3,9	73	25,5	2,4	
30 - 39	62	54,4	17,3	86	41,9	11,8	
40 - 49	56	53,4	24,4	54	47,2	34,7	
50 - 65	61	49,4	28,2	64	27,9	66,2	
TOTAL	255	50,6	17,0	277	33,0	28,9	
ALTIPLANO V							
18 - 29	52	42,3	5,8	60	18,1	3,4	
30 - 39	67	40,3	17,9	82	34,4	9,5	
40 - 49	76	46,0	18,3	77	38,8	28,6	
50 - 65	47	44,6	18,8	52	44,0	54,1	
TOTAL	242	43,1	14,0	271	32,3	23,5	
VEGA SEGURA VI							
18 - 29	81	35,9	13,6	57	14,8	8,2	
30 - 39	80	66,9	7,4	70	26,6	14,6	
40 - 49	41	38,2	37,1	54	51,5	24,3	
50 - 65	57	45,6	36,5	54	50,8	37,7	
TOTAL	259	45,3	22,2	235	33,1	20,1	
TOTAL REGIÓN	1.512	49,7	17,3	1.575	32,3	23,7	

n: Tamaño muestral.

¹ Sobrepeso u Obesidad Límite: $25 \leq \text{IMC} < 30$.

² Obesidad Definida: $\text{IMC} \geq 30$.

TABLA 6.4 PREVALENCIA (%) DE SOBREPESO U OBESIDAD LÍMITE¹ Y OBESIDAD DEFINIDA² SEGÚN SEXO, TIPO DE RESIDENCIA Y GRUPOS DE EDAD.

TIPO DE RESIDENCIA; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	OBESIDAD (%): HOMBRES		TAMAÑO MUESTRAL	OBESIDAD (%): MUJERES	
		LÍMITE	DEFINIDA		LÍMITE	DEFINIDA
URBANO						
18 - 29	211	40,9	9,1	192	13,3	4,2
30 - 39	241	48,6	9,5	227	43,4	10,3
40 - 49	206	49,1	22,3	238	38,9	25,0
50 - 65	207	51,8	24,6	196	38,0	49,7
TOTAL	865	46,8	15,6	853	30,8	21,8
PERI URBANO						
18 - 29	134	42,3	14,0	138	17,4	6,0
30 - 39	122	58,5	11,5	145	35,8	13,9
40 - 49	90	56,2	24,3	116	42,3	35,6
50 - 65	118	61,4	26,2	115	45,2	46,1
TOTAL	464	53,1	18,5	514	33,3	24,0
RURAL						
18 - 29	44	52,5	10,7	52	33,8	0,7
30 - 39	40	55,8	15,6	40	44,7	28,3
40 - 49	46	60,5	19,7	63	30,5	45,9
50 - 65	53	38,1	36,0	53	32,0	59,6
TOTAL	183	50,7	20,0	208	35,0	30,5
TOTAL REGIÓN	1.512	49,7	17,3	1.575	32,3	23,7

¹ Sobrepeso u Obesidad Límite: $25 \leq \text{IMC} < 30$.

² Obesidad Definida: $\text{IMC} \geq 30$.

TABLA 6.5 PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA POR EDAD¹ DE MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN NORMOPONDERAL, CON SOBREPESO U OBESIDAD LÍMITE² Y OBESIDAD DEFINIDA³ SEGÚN SEXO.

SEXO, FACTORES DE RIESGO	PESO NORMAL	OBESIDAD	
		LÍMITE ¹	DEFINIDA ²
HOMBRES	% (n)	% (n)	% (n)
FUMADOR HABITUAL	66,9 (445)	61,4 (628)	59,3 (223)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	13,0 (490)	21,6 (746)	26,3 (276)
DEFINIDA	6,4 (490)	12,8 (746)	26,2 (276)
HIPERCOLESTEROLEMIA:			
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	27,3 (342)	32,3 (539)	31,3 (195)
DEFINIDA (≥ 250 mg./dl.)	8,6 (342)	17,0 (539)	13,9 (195)
DIABETES⁽²⁾	2,4 (490)	3,4 (746)	3,6 (276)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥ 2H/sem.⁽³⁾	26,5 (490)	20,5 (746)	11,5 (276)
MUJERES			
FUMADORA HABITUAL	44,4 (626)	26,3 (525)	12,6 (364)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	5,0 (659)	11,8 (547)	20,8 (369)
HIPERTENSIÓN	3,3 (659)	12,7 (547)	30,5 (369)
COLESTEROL:			
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	24,9 (468)	31,1 (423)	30,0 (313)
ELEVADO (≥ 250 mg./dl.)	2,5 (468)	10,1 (423)	16,9 (313)
DIABETES⁽⁴⁾	0,8 (659)	3,2 (547)	7,2 (369)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥2h/sem.⁽²⁾	15,5 (659)	9,9 (547)	6,5 (369)

Tamaño muestral entre paréntesis.

Fumador Habitual: Se excluye a ex-fumadores (n= 251) y a fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

Hipertensión Arterial Límite: 140 ≤ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. ó 90 ≤ Tensión Diastólica < 95 mm./Hg. y sin Tt^e farmacológico.

Hipertensión Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm./Hg. y/o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. y/o con Tt^e farmacológico.

¹ Población de la Región de Murcia según censo de 1991 como estándar.

² Diabetes declarada: Diagnóstico médico de diabetes y Tt^e farmacológico y/o dietético.

³ Actividad Deportiva vigorosa ≥ 2h/Semana=Actividades Deportivas moderadas (6 MET)+ Actividades Deportivas vigorosas (7MET).

TABLA 6.6 PREVALENCIA (%) DE DIABETES DECLARADA ¹ SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.			
SEXO: EDAD	PESO NORMAL	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC): OBESIDAD	
		LÍMITE ¹	DEFINIDA ²
HOMBRES	% (n)	% (n)	% (n)
18 - 29	0,4 (187)	1,3 (164)	0,0 (38)
30 - 39	0,3 (134)	0,3 (216)	0,6 (53)
40 - 49	6,7 (89)	1,7 (178)	1,2 (75)
50 - 65	7,9 (80)	10,2 (188)	7,6 (110)
TODOS	2,4 (490)	3,7 (746)	3,5 (276)
MUJERES			
18 - 29	0,2 (293)	0,0 (73)	0,7 (16)
30 - 39	0,7 (208)	0,2 (153)	0,0 (51)
40 - 49	0,7 (116)	0,9 (179)	3,4 (122)
50 - 65	6,2 (42)	11,0 (142)	13,3 (180)
TODAS	0,8 (659)	4,0 (547)	8,5 (369)
TOTAL REGIÓN	1,4 (1.149)	3,8 (1.293)	6,4 (645)

1. Diabetes declarada: Diagnóstico médico de Diabetes y Tt² Farmacológico y/o Dietético.

TABLA 6.7 PREVALENCIA (%) DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEFINIDA ¹ SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.			
SEXO: EDAD	PESO NORMAL	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC): OBESIDAD	
		LÍMITE ¹	DEFINIDA ²
HOMBRES			
18 - 29	0,4 (187)	3,8 (164)	9,9 (38)
30 - 39	1,5 (134)	9,2 (216)	16,7 (53)
40 - 49	6,0 (89)	9,5 (178)	25,1 (75)
50 - 65	29,3 (80)	29,6 (188)	38,4 (110)
TODOS	6,0 (490)	13,4 (746)	26,0 (276)
MUJERES			
18 - 29	0,8 (293)	0,0 (73)	0,7 (16)
30 - 39	1,3 (208)	4,6 (153)	5,3 (51)
40 - 49	7,0 (116)	9,0 (179)	23,1 (122)
50 - 65	20,2 (42)	30,9 (142)	45,5 (180)
TODAS	2,9 (659)	13,7 (547)	32,5 (369)
TOTAL REGIÓN	4,2 (1.149)	13,5 (1.293)	29,8 (645)

1. Hipertensión arterial definida: Tensión Arterial Sistólica \geq 160 mm Hg o Tensión Arterial Diastólica \geq 95 mm. Hg. o con Tt² Farmacológico.

TABLA 7.1 KILOCALORÍAS/DÍA DE GASTO ENERGÉTICO MEDIO POR ACTIVIDAD FÍSICA DE TIEMPO LIBRE¹ Y PERCENTILES SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	MEDIA	(DS)	PERCENTILES		
				P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
MUJERES						
18 - 29	387	1.167,9	588,3	491	1033	1.898
30 - 39	401	809,6	456,5	339	707	1.366
40 - 49	341	806,6	455,4	344	716	1.402
50 - 65	373	966,9	590,4	364	897	1.890
TODOS	1.502	942,4	546,7	374	842	1.675
MUJERES						
18 - 29	382	657,5	334,0	285	583	1.022
30 - 39	410	463,7	240,0	198	430	751
40 - 49	413	489,9	249,6	194	457	795
50 - 65	364	521,2	252,3	232	491	797
TODAS	1.569	535,4	279,4	222	485	867
TOTAL	3.071	733,9	481,1	266	603	1.345

DS: Desviación estándar.

¹ En las dos semanas anteriores a la entrevista.

TABLA 7.2 KILOCALORÍAS/DÍA DE GASTO ENERGÉTICO MEDIO POR ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA (> 6 MET) DE TIEMPO LIBRE¹ Y PERCENTILES SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	MEDIA	(DS)	PERCENTILES		
				P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
HOMBRES						
18 - 29	189	330,1	292,8	71	236	677
30 - 39	124	232,8	182,7	40	177	467
40 - 49	70	287,6	220,4	66	182	554
50 - 65	31	336,1	251,5	53	210	590
TODOS	414	297,2	251,4	61	207	583
MUJERES						
18 - 29	120	202,1	270,9	43	156	413
30 - 39	59	129,7	102,0	44	119	252
40 - 49	35	153,9	95,5	33	153	293
50 - 65	16	223,8	192,9	76	186	512
TODAS	230	178,4	214,2	44	145	336
TOTAL	644	253,3	242,9	53	174	524

DS: Desviación estándar

¹ En las dos semanas anteriores a la entrevista.

MET: Equivalentes Metabólicos de Actividad Física.

TABLA 7.3 DURACIÓN MEDIA EN HORAS¹ DE ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA (≥ 6 MET) DE TIEMPO LIBRE¹ Y PERCENTILES SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	MEDIA	(DS)	PERCENTILES		
				P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
MUJERES						
18 - 29	189	10,1	10,1	2,0	7,0	21,5
30 - 39	124	8,4	7,1	1,5	6,0	16,0
40 - 49	70	9,5	8,6	2,0	5,8	16,0
50 - 65	31	11,1	8,6	2,0	8,0	21,0
TODOS	414	9,5	8,9	2,0	6,0	20,0
MUJERES						
18 - 29	120	8,3	10,7	2,0	6,0	16,7
30 - 39	59	5,4	4,5	2,0	4,6	12,0
40 - 49	35	6,1	4,2	3,0	6,0	14,0
50 - 65	16	9,1	7,4	3,5	7,0	21,0
TODAS	230	7,5	8,5	2,0	6,0	14,5
TOTAL	644	9,0	8,8	2,0	6,0	17,5

DS: Desviación estándar

¹ En personas que realizaron alguna actividad física vigorosa en las dos semanas anteriores a la entrevista.

MET: Equivalentes Metabólicos de Actividad Física.

TABLA 7.4 DISTRIBUCIÓN (%) POBLACIONAL SEGÚN REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA (≥ 6 MET) DE TIEMPO LIBRE¹ POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	ACTIVIDAD FÍSICA DE TIEMPO LIBRE; %		
		NADA	<2 HORAS/SEMANA	≥ 2 HORAS/SEMANA
HOMBRES				
18 - 29	390	49,3	10,2	40,5
30 - 39	403	69,8	11,5	18,7
40 - 49	343	79,2	5,2	15,7
50 - 65	378	89,1	2,7	8,2
TODOS	1.514	69,3	7,6	23,1
MUJERES				
18 - 29	384	68,1	9,3	22,6
30 - 39	412	84,2	5,6	10,3
40 - 49	417	89,2	2,2	8,6
50 - 65	364	94,9	0,9	4,2
TODAS	1.577	80,6	5,0	12,5
TOTAL	3.91	75,9	6,3	17,8

¹ En las dos semanas anteriores a la entrevista.

MET: Equivalentes Metabólicos de Actividad Física.

TABLA 7.5 PREVALENCIA (%) DE ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA (≥ 6 MET) DE TIEMPO LIBRE¹ SEGUN ÁREAS DE SALUD POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

ÁREAS; EDAD	HOMBRES (%)			MUJERES (%)		
	TAMAÑO MUESTRAL	< 2 HORAS/SEM.	≥ 2 HORAS/SEM.	TAMAÑO MUESTRAL	< 2 HORAS/SEM.	≥ 2 HORAS/SEM.
MURCIA I						
18 - 29	70	12,9	38,8	73	10,1	21,6
30 - 39	63	9,0	20,7	56	6,5	10,9
40 - 49	57	1,4	17,6	69	3,2	9,4
50 - 65	65	5,0	9,3	49	0,0	5,7
TOTAL	255	8,0	23,7	247	5,4	12,8
CARTAGENA II						
18 - 29	59	7,3	44,3	65	11,6	26,9
30 - 39	58	21,9	10,2	73	5,2	10,4
40 - 49	51	7,7	14,0	63	1,3	12,2
50 - 65	61	1,8	13,0	59	3,3	3,2
TOTAL	229	9,0	23,8	260	6,2	14,4
LORCA III						
18 - 29	52	5,4	49,7	54	7,1	14,7
30 - 39	73	2,9	29,9	45	0,0	6,6
40 - 49	62	0,0	24,4	100	2,6	1,8
50 - 65	87	0,0	2,3	86	0,0	3,8
TOTAL	274	2,4	28,0	285	2,8	7,6
NOROESTE IV						
18 - 29	76	5,2	38,6	73	5,7	21
30 - 39	62	7,9	18,7	86	1,3	6,4
40 - 49	56	1,7	15,5	54	0,0	1,5
50 - 65	61	1,5	2,2	64	1,5	1,8
TOTAL	255	4,0	20,1	277	2,6	9,1
ALTIPLANO V						
18 - 29	52	11,6	29,0	61	16,7	24,5
30 - 39	67	10,6	20,8	82	2,4	11,9
40 - 49	76	14,8	8,1	77	2,2	7,9
50 - 65	47	2,2	8,6	52	0,0	3,9
TOTAL	242	9,3	18,3	272	6,6	13,3
VEGA SEGURA VI						
18 - 29	81	13,9	35,6	58	4,1	24,0
30 - 39	80	8,6	18,3	70	11,0	12,7
40 - 49	41	14,2	8,0	54	1,9	9,2
50 - 65	57	1,7	5,2	54	0,0	3,3
TOTAL	259	9,7	19,5	236	4,0	12,5
TOTAL REGIÓN	1.514	7,6	23,1	1.577	5,0	12,5

¹ En las dos semanas anteriores a la entrevista.

MET: Equivalentes Metabólicos de Actividad Física.

**TABLA 7.6 PREVALENCIA (%) DE ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA (≥ 6 MET) DE TIEMPO LIBRE¹
SEGÚN TIPO DE RESIDENCIA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.**

TIPO DE RESIDENCIA; EDAD	HOMBRES (%)			MUJERES (%)		
	TAMAÑO MUESTRAL	< 2 HORAS/SEM.	≥ 2 HORAS/SEM.	TAMAÑO MUESTRAL	< 2 HORAS/SEM.	≥ 2 HORAS/SEM.
URBANO						
18 - 29	173	12,5	41,7	158	12,2	19,2
30 - 39	209	13,9	23,7	195	5,2	10,6
40 - 49	176	5,8	19,2	210	2,4	7,7
50 - 65	175	1,5	11,1	162	1,0	3,3
TOTAL	733	8,7	25,8	725	5,9	11,2
PERIURBANO						
18 - 29	148	9,9	39,2	153	7,2	26,3
30 - 39	138	12,0	19,2	157	6,2	9,0
40 - 49	108	3,2	16,2	123	1,7	9,5
50 - 65	136	4,8	6,2	132	0,2	3,5
TOTAL	530	7,8	22,4	565	4,2	13,5
RURAL						
18 - 29	69	5,8	40,9	73	3,0	19,2
30 - 39	56	3,9	4,7	60	4,6	13,2
40 - 49	59	8,8	6,2	84	3,1	9,0
50 - 65	67	0,7	6,0	70	2,5	8,3
TOTAL	251	4,6	18,8	287	4,9	13,1
TOTAL REGIÓN	1.514	7,6	23,1	1.577	5,0	12,5

¹ En las dos semanas anteriores a la entrevista.
MET: Equivalentes Metabólicos de Actividad Física.

TABLA 7.7 PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA POR EDAD¹ DE MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN CANTIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA (> 6 MET) DE TIEMPO LIBRE² POR SEXO.

SEXO, FACTORES DE RIESGO	ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA TIEMPO LIBRE		
	NADA	< 2 HORAS/SEMANA	≥ 2 HORAS/SEMANA
HOMBRES	% (n)	% (n)	% (n)
FUMADOR HABITUAL	55,7 (1.099)	50,0 (110)	50,0 (305)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	21,5 (1.099)	13,1 (110)	15,9 (304)
DEFINIDA	15,9 (1.099)	4,9 (110)	7,1 (304)
HIPERCOLESTEROLEMIA:			
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	34,2 (834)	27,0 (91)	21,3 (226)
DEFINIDA (≥ 250 mg./dl.)	14,6 (834)	12,5 (91)	11,0 (226)
OBESIDAD			
LÍMITE (IMC: 25 - 29)	51,9 (1.098)	37,8 (110)	49,8 (304)
DEFINIDA (IMC ≥ 30)	20,5 (1.098)	18,1 (110)	10,1 (304)
DIABETES⁽²⁾	3,4 (1.099)	0,0 (110)	3,4 (304)
MUJERES			
FUMADORA HABITUAL	27,6 (1.346)	44,5 (64)	37,8 (167)
TENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	12,1 (1.346)	4,2 (64)	5,9 (167)
DEFINIDA	14,0 (1.346)	2,3 (64)	9,0 (167)
HIPERCOLESTEROLEMIA			
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	30,7 (1.087)	19,5 (55)	16,5 (127)
DEFINIDA (≥ 250 mg./dl.)	10,2 (1.087)	3,6 (55)	4,2 (127)
OBESIDAD			
LÍMITE O SOBREPESO (IMC: 25 - 29)	35,5 (1.345)	18,1 (63)	29,4 (167)
DEFINIDA (IMC ≥ 30)	25,4 (1.345)	18,2 (63)	13,4 (167)
DIABETES⁽²⁾	3,5 (1.346)	0,0 (64)	1,1 (167)

Tamaño muestral entre paréntesis.

Fumador Habitual: Se excluye a ex-fumadores (n= 251) y a fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

Hipertensión Arterial Límite: $140 \leq$ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. ó $90 \leq$ Tensión Diastólica < 95 mm./Hg. y sin Tt^o farmacológico.

Hipertensión Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm./Hg. y/o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. y/o con Tt^o farmacológico.

¹ Población de la Región de Murcia según censo de 1991 como estándar.

² Diabetes declarada: Diagnóstico médico de diabetes y Tt^o farmacológico y/o dietético.

³ Actividad Deportiva vigorosa ≥ 2 h/Semana=Actividades Deportivas moderadas (6 MET)+ Actividades Deportivas vigorosas (7MET).

TABLA 8.1 PREVALENCIA (%) POBLACIONAL DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PREVIAS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO: EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	TAMAÑO MUESTRAL	SI ¹	TAMAÑO MUESTRAL	SI ¹
18 - 29	389	2,7	382	2,2
30 - 39	402	2,3	410	5,9
40 - 49	339	5,6	412	8,4
50 - 65	373	8,1	359	14,5
TOTAL	1.503	4,5	1.563	7,4

1. Las 184 enfermedades previas han sido clasificadas según la 9ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: 40% Otras enfermedades del corazón (endo, mio o pericarditis, insuficiencia cardiaca, etc...), 5% Enfermedades Reumáticas crónicas, 18% Enfermedad Isquémica del Corazón, 40% Otras enfermedades del corazón, 2% Enfermedades cerebrovasculares, 2% Enfermedades de las Arterias, 33% Enfermedades de las venas, vasos linfáticos y otras afectaciones del aparato circulatorio.

TABLA 8.2 PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA POR EDAD¹ DE MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN EXISTENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PREVIAS POR SEXO

SEXO, FACTORES DE RIESGO	SIN ENFERMEDAD CV PREVIA	CON ENFERMEDAD CV PREVIA
HOMBRES	% (n)	% (n)
FUMADOR HABITUAL	62,5 (1.235)	66,6 (54)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:		
LÍMITE	19,8 (1.431)	18,2 (71)
DEFINIDA	12,8 (1.431)	19,0 (71)
HIPERCOLESTEROLEMIA:		
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	31,1 (1.089)	30,6 (54)
DEFINIDA (≥ 250 mg./dl.)	13,9 (1.089)	11,5 (54)
OBESIDAD		
LÍMITE O SOBREPESO (BMI: 25 - 29)	50,7 (1.430)	45,7 (71)
DEFINIDA (BMI ≥ 30)	17,8 (1.430)	27,2 (71)
DIABETES⁽²⁾	3,0 (1.432)	7,2 (71)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥ 2H/sem. ⁽³⁾	28,6 (1.432)	21,2 (71)
MUJERES		
FUMADORA HABITUAL	31,7 (1.393)	17,2 (110)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:		
LÍMITE	10,8 (1.450)	14,3 (113)
DEFINIDA	11,6 (1.450)	28,6 (113)
COLESTEROL:		
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	28,2 (1.155)	32,0 (100)
ELEVADO (≥ 250 mg./dl.)	9,2 (1.155)	11,3 (100)
OBESIDAD		
LÍMITE O SOBREPESO (BMI: 25 - 29)	34,1 (1.448)	33,4 (113)
DEFINIDA (BMI ≥ 30)	22,5 (1.448)	36,4 (113)
DIABETES⁽²⁾	3,1 (1.450)	3,5 (113)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥ 2h/sem. ⁽³⁾	16,4 (1.450)	12,1 (113)

Tamaño muestral entre paréntesis.

Fumador Habitual: Se excluye a ex-fumadores (n= 251) y a fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

Hipertensión Arterial Límite: 140 ≤ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. ó 90 ≤ Tensión Diastólica < 95 mm./Hg. y sin Tt^e farmacológico.

Hipertensión Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm./Hg. y/o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. y/o con Tt^e farmacológico.

¹ Población de la Región de Murcia según censo de 1991 como estándar.

² Diabetes declarada: Diagnóstico médico de diabetes y Tt^e farmacológico y/o dietético.

³ Actividad Deportiva vigorosa ≥ 2h/Semana=Actividades Deportivas moderadas (6 MET)+ Actividades Deportivas vigorosas (7MET).

TABLA 9.1 DISTRIBUCIÓN (%) POBLACIONAL SEGÚN NÚMERO DE PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	FACTORES DE RIESGO				
		NINGUNO	UNO	DOS	TRES	TODOS
HOMBRES						
18 - 29	248	20,1	50,7	28,4	0,8	79,8
30 - 39	298	17,7	47,2	25,0	10,1	82,3
40 - 49	241	16,5	37,6	34,0	12,0	83,6
50 - 65	266	6,2	37,1	41,3	15,5	93,8
TODOS	1.053	15,3	44,2	32,0	8,5	84,7
MUJERES						
18 - 29	269	33,1	55,0	11,7	0,1	66,9
30 - 39	328	36,1	50,0	13,0	1,0	63,9
40 - 49	318	32,8	48,2	17,3	1,6	67,2
50 - 65	290	13,7	47,9	37,5	0,9	86,3
TODAS	1.205	28,3	50,8	20,1	0,8	71,7
TOTAL	2.258	21,9	47,5	26,0	4,6	78,1

Se consideran principales Factores de Riesgo Cardiovascular:

Fumar: Se excluyen a ex-fumadores (n=251) y fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

Hipertensión según Consenso Español: Tensión Sistólica \geq 140 mm. Hg. y/o Tensión Diastólica \geq 90 mm. Hg. y/o con Tt^o Farmacológico.

Colesterol sérico: \geq 200 mg./dl.

TABLA 9.2 DISTRIBUCIÓN (%) POBLACIONAL SEGÚN EL NÚMERO DE PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR POR ÁREAS DE SALUD, SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

ÁREAS; EDAD	NÚMERO DE FACTORES DE RIESGO									
	HOMBRES %					MUJERES %				
	n	NINGUNO	UNO	DOS	TRES	n	NINGUNO	UNO	DOS	TRES
MURCIA										
18 - 29	43	11,7	55,8	32,0	0,0	52	22,2	62,9	15,0	0,0
30 - 39	44	17,0	48,4	26,7	7,9	45	32,1	52,9	13,0	1,9
40 - 49	38	14,4	29,9	47,8	7,9	58	33,5	52,0	12,9	1,6
50 - 65	41	0,0	35,6	48,3	16,1	45	13,8	55,5	30,6	0,0
TOTAL	166	11,2	43,2	38,5	7,1	200	25,6	55,7	17,7	1,0
CARTAGENA										
18 - 29	40	23,5	48,5	27,9	0,0	41	38,2	48,9	12,9	0,0
30 - 39	42	19,8	55,7	15,0	9,6	57	39,5	49,0	11,5	0,0
40 - 49	36	21,1	38,9	25,0	15,0	54	37,4	37,9	21,1	3,3
50 - 65	49	17,8	35,6	35,5	11,1	40	7,4	50,5	39,5	2,6
TOTAL	167	20,9	45,0	25,1	9,0	192	20,9	45,0	25,1	9,0
LORCA										
18 - 29	34	31,9	39,5	28,6	0,0	39	41,3	53,3	5,4	0,0
30 - 39	57	14,9	35,9	40,0	9,2	33	36,3	48,8	11,6	3,3
40 - 49	47	18,2	33,9	35,9	12,0	64	28,8	44,4	26,7	0,0
50 - 65	60	5,2	39,5	33,4	21,9	64	20,4	36,9	42,7	0,0
TOTAL	198	14,9	36,8	36,0	12,4	200	30,1	45,5	24,1	0,4
NOROESTE										
18 - 29	53	26,2	45,3	22,8	5,7	61	45,5	52,1	2,5	0,0
30 - 39	56	19,8	41,0	24,9	14,3	75	47,9	40,8	11,3	0,0
40 - 49	49	17,5	38,0	38,5	6,1	49	33,8	58,4	6,6	1,3
50 - 65	56	6,2	33,5	47,0	13,3	59	14,5	31,1	54,4	0,0
TOTAL	214	17,8	39,9	32,5	9,8	244	37,5	44,1	18,1	0,3
ALTIPLANO										
18 - 29	35	28,9	45,1	23,1	2,9	50	32,9	49,4	15,8	2,0
30 - 39	55	20,1	38,3	32,5	9,1	68	36,5	46,2	15,9	1,4
40 - 49	54	11,4	52,4	21,9	14,3	64	41,1	47,5	11,4	0,0
50 - 65	39	7,8	53,1	28,7	10,4	48	23,9	39,1	37,0	0,0
TOTAL	183	16,6	47,0	26,6	9,8	230	34,0	45,5	19,8	0,9
VEGA SEGURA										
18 - 29	54	24,4	50,3	22,2	3,1	41	40,9	53,6	5,6	0,0
30 - 39	64	18,5	43,3	26,0	12,3	57	30,5	50,5	15,5	3,5
40 - 49	34	8,5	53,2	19,2	19,1	53	22,2	53,4	24,4	0,0
50 - 65	45	7,0	42,1	33,7	17,1	51	11,6	43,7	42,4	2,2
TOTAL	197	15,7	46,1	25,4	12,7	202	25,8	49,6	22,9	1,7
TOTAL REGIÓN	1.053	15,3	44,2	32,0	8,5	1.205	28,3	50,8	20,1	0,8

n: Tamaño Muestral

Se consideran principales Factores de Riesgo Cardiovascular: Fumar habitualmente, Hipertensión Arterial según Consenso Español e Hipercolesterolemia definida como Colesterol sérico ≥ 200 mg./dl.

TABLA 9.3 DISTRIBUCIÓN (%) POBLACIONAL SEGÚN COMBINACIONES DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	NINGUNO	FACTORES DE RIESGO (%)						
			FUMAR ¹	HTA ²	HCT ³	FUMAR +HTA	FUMAR +HCT	HTA +HCT	FUMAR +HTA +HCT
HOMBRES									
18 - 29	248	20,1	34,5	7,9	8,3	10,0	16,8	1,7	0,8
30 - 39	298	17,7	28,1	3,6	15,5	5,8	16,4	2,8	10,1
40 - 49	241	16,5	18,6	7,0	12,0	10,6	15,4	8,0	12,0
50 - 65	266	6,2	10,7	12,5	13,8	10,6	12,5	18,2	15,5
TODOS	1.053	15,3	24,2	8,1	11,9	9,4	15,3	7,3	8,5
MUJERES									
18 - 29	269	33,0	48,0	0,8	6,3	0,8	11,0	0,0	0,1
30 - 39	328	36,1	31,6	3,7	14,7	1,5	9,3	2,2	1,0
40 - 49	318	32,8	7,8	15,6	24,8	1,8	5,0	10,6	1,6
50 - 65	290	13,7	2,1	21,1	24,7	0,8	0,1	36,6	0,9
TODAS	1.205	28,3	24,8	9,6	16,4	1,1	6,6	12,4	0,8
TOTAL REGIÓN	2.258	21,9	24,5	8,9	14,2	5,2	10,9	9,9	4,6

¹ Fumar: Se excluyen a ex-fumadores (n= 251) y fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

² HTA: Hipertensión según Consenso Español: Tensión Sistólica \geq 140 mm. Hg. y/o Tensión Diastólica \geq 90 mm. Hg. y/o con Tt^o Farmacológico.

³ HCT: Colesterol sérico \geq 200 mg./dl.

TABLA 9.4 DISTRIBUCIÓN (%) DE HOMBRES SEGÚN COMBINACIONES DE PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR POR ÁREAS DE SALUD Y GRUPOS DE EDAD.

ÁREAS: EDAD	n	COMBINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO (%)							
		NINGUNO	FUMAR ¹	HTA ²	HCT ³	FUMAR +HTA	FUMAR +HCT	HTA +HCT	FUMAR +HTA +HCT
MURCIA									
18 - 29	43	11,7	34,7	12,4	8,6	9,4	21,0	2,2	0,0
30 - 39	40	17,0	36,1	1,8	10,6	7,9	18,8	0,0	8,5
40 - 49	36	14,4	19,4	5,6	5,0	18,4	17,7	7,2	8,5
50 - 65	38	0,0	10,0	8,1	17,5	10,1	20,0	18,3	17,5
TOTAL	157	10,7	25,7	7,1	10,8	11,1	19,8	7,2	7,7
CARTAGENA									
18 - 29	39	23,9	31,5	4,5	11,8	13,5	14,9	0,0	0,0
30 - 39	40	18,1	25,0	2,8	28,1	5,8	10,1	0,0	9,6
40 - 49	33	22,8	17,6	2,2	18,4	3,5	15,0	6,5	16,3
50 - 65	46	17,8	13,2	14,9	7,5	12,3	7,4	15,8	8,0
TOTAL	158	20,5	23,3	6,8	15,6	9,6	11,9	5,6	6,9
LORCA									
18 - 29	30	31,9	27,9	7,8	3,8	13,3	15,3	0,0	0,0
30 - 39	50	14,9	18,0	6,3	11,6	9,2	23,1	7,7	9,2
40 - 49	38	18,2	12,4	14,2	7,2	11,5	13,5	10,9	12,0
50 - 65	47	5,2	8,4	15,3	15,8	8,7	2,9	21,8	21,9
TOTAL	165	14,4	19,8	11,4	8,4	12,4	13,1	8,9	11,6
NOROESTE									
18 - 29	49	28,4	30,0	6,9	10,3	1,8	16,5	0,0	6,1
30 - 39	52	19,3	19,2	4,0	19,0	4,0	19,1	1,8	13,6
40 - 49	48	17,9	14,9	8,4	15,7	10,9	17,4	8,7	6,2
50 - 65	53	4,9	1,6	13,5	20,3	15,0	9,4	21,2	14,1
TOTAL	202	18,0	17,0	8,5	15,8	7,6	15,0	8,1	9,9
ALTIPLANO									
18 - 29	36	30,1	41,5	0,0	2,8	0,0	22,7	0,0	2,8
30 - 39	54	20,5	31,6	0,0	5,6	3,7	23,8	5,6	9,3
40 - 49	54	11,4	24,8	3,8	23,8	3,8	9,5	8,5	14,3
50 - 65	39	7,8	18,3	12,2	22,6	2,6	13,0	13,0	10,4
TOTAL	183	19,1	30,4	3,9	12,0	2,1	18,3	6,1	8,1
VEGA SEGURA									
18 - 29	51	25,8	40,2	4,0	4,9	8,1	9,7	5,7	1,6
30 - 39	62	19,1	28,3	8,8	7,6	1,5	12,6	9,5	12,6
40 - 49	32	9,1	27,2	13,7	15,9	4,5	9,2	6,8	13,6
50 - 65	43	7,4	6,9	23,0	12,1	4,7	11,1	16,9	17,9
TOTAL	188	17,0	27,2	11,4	9,1	5,3	10,6	9,5	10,0
TOTAL REGIÓN	1.053	15,3	24,2	8,1	11,9	9,4	15,3	7,3	8,5

¹ Fumar: Se excluyen a ex-fumadores (n= 251) y fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

² HTA: Hipertensión según Consenso Español: Tensión Sistólica \geq 140 mm. Hg. y/o Tensión Diastólica \geq 90 mm. Hg. y/o con Tt^o Farmacológico.

³ HCT: Colesterol sérico \geq 200 mg./dl.

TABLA 9.5 DISTRIBUCIÓN (%) DE MUJERES SEGÚN COMBINACIONES DE PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR POR ÁREAS DE SALUD Y GRUPOS DE EDAD.

ÁREAS; EDAD	n	COMBINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO (%)							
		NINGUNO	FUMAR ¹	HTA ²	HCT ³	FUMAR +HTA	FUMAR +HCT	HTA +HCT	FUMAR +HTA +HCT
MURCIA									
18 - 29	50	23,2	53,7	1,5	6,0	1,8	13,8	0,0	0,0
30 - 39	42	34,4	32,8	2,5	16,4	2,1	9,4	2,5	0,0
40 - 49	54	34,2	13,1	18,9	21,9	1,7	3,5	5,0	1,7
50 - 65	43	14,4	2,3	20,9	32,3	0,0	0,0	30,1	0,0
TOTAL	189	25,1	28,1	10,1	18,2	1,4	7,3	9,6	0,3
CARTAGENA									
18 - 29	40	39,1	43,3	0,0	4,4	0,0	13,2	0,0	0,0
30 - 39	56	40,0	32,8	0,0	16,8	1,3	9,1	1,3	0,0
40 - 49	53	36,1	5,6	6,7	26,4	4,3	4,1	13,4	3,4
50 - 65	40	7,4	4,5	23,3	22,7	2,6	0,0	37,0	2,6
TOTAL	189	30,1	23,8	7,6	15,9	1,7	7,1	12,5	1,3
LORCA									
18 - 29	36	41,4	49,9	2,0	9,9	0,0	6,0	0,0	0,0
30 - 39	32	34,5	35,4	6,2	8,6	0,0	9,1	2,9	3,3
40 - 49	51	26,7	0,0	10,0	35,7	0,0	2,0	25,7	0,0
50 - 65	56	21,7	0,0	18,0	18,8	0,0	0,0	41,5	0,0
TOTAL	175	31,6	20,6	8,9	16,8	0,0	4,2	17,2	0,7
NOROESTE									
18 - 29	57	45,0	37,5	0,0	14,8	0,0	2,6	0,0	0,0
30 - 39	73	46,5	23,8	9,3	8,9	1,6	7,3	2,7	0,0
40 - 49	48	35,0	1,6	21,8	33,6	0,0	5,5	1,3	1,3
50 - 65	54	13,7	1,5	13,8	15,3	2,6	0,0	53,1	0,0
TOTAL	232	34,1	17,9	9,6	17,1	1,1	3,2	16,7	0,2
ALTIPLANO									
18 - 29	48	32,2	43,2	0,0	6,2	2,1	14,4	0,0	2,1
30 - 39	68	36,5	27,4	4,3	14,4	0,0	15,9	0,0	1,4
40 - 49	64	41,1	8,1	12,9	26,6	0,0	3,2	8,1	0,0
50 - 65	48	23,9	0,0	20,6	18,5	0,0	2,1	35,0	0,0
TOTAL	228	32,0	21,9	8,9	14,6	0,7	9,4	11,5	1,0
VEGA SEGURA									
18 - 29	38	38,1	51,9	0,0	4,0	0,0	6,0	0,0	0,0
30 - 39	57	30,5	27,7	8,9	13,9	1,9	8,5	5,2	3,5
40 - 49	48	24,7	6,1	25,3	16,7	0,0	13,4	13,7	0,0
50 - 65	49	12,0	0,0	24,5	19,0	0,0	0,0	42,1	2,3
TOTAL	192	27,4	25,3	12,7	12,2	0,4	6,3	14,4	1,3
TOTAL REGIÓN	1.205	28,3	24,8	9,6	16,4	1,1	6,6	12,4	0,8

¹ Fumar: Se excluyen a ex-fumadores (n= 251) y fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

² HTA: Hipertensión según Consenso Español: Tensión Sistólica \geq 140 mm. Hg. y/o Tensión Diastólica \geq 90 mm. Hg. y/o con Tt^e Farmacológico.

³ HCT: Colesterol sérico \geq 200 mg./dl.

TABLA 9.6 PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA POR EDAD¹ DE COMBINACIONES DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO Y NIVELES DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).

SEXO; I.M.C.	TAMAÑO MUESTRAL	NINGÚN FACTOR	FACTORES DE RIESGO %						
			FUMAR ²	HTA ³	HCT ⁴	FUMAR +HTA	FUMAR +HCT	HTA +HCT	FUMAR +HTA +HCT
HOMBRES									
I.M.C.									
< 25	340	19,3	32,6	14,3	9,6	7,9	19,4	3,0	3,9
25 - 29,9	528	15,1	20,2	7,3	13,6	8,2	15,1	8,9	11,7
≥ 30	185	9,3	13,9	16,2	12,9	13,8	10,3	10,9	12,8
MUJERES									
I.M.C.									
< 25	469	34,3	32,8	4,4	14,6	1,0	11,0	1,6	0,3
25 - 29,9	423	29,5	19,9	8,0	22,9	1,4	4,4	15,1	0,8
≥ 30	313	20,9	7,5	23,0	19,1	1,7	0,8	25,1	1,9

¹ Fumar: Se excluyen a ex-fumadores (n= 251) y fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

² HTA: Hipertensión según Consenso Español: Tensión Sistólica ≥ 140 mm. Hg. y/o Tensión Diastólica ≥ 90 mm. Hg. y/o con Tt⁹ Farmacológico.

³ HCT: Colesterol sérico ≥ 200 mg./dl.

TABLA 9.7 PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA POR EDAD¹ DE COMBINACIONES DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO Y ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA (AFV).

SEXO; AFV	TAMAÑO MUESTRAL	NINGÚN FACTOR	FACTORES DE RIESGO %						
			FUMAR ²	HTA ³	HCT ⁴	FUMAR +HTA	FUMAR +HCT	HTA +HCT	FUMAR +HTA +HCT
HOMBRES									
NINGUNA	760	12,6	20,2	7,6	11,9	10,8	16,8	8,3	11,7
A.F.V. < 2H./Sem.	82	19,8	33,4	1,8	15,0	4,7	12,9	7,4	5,1
A.F.V. ≥ 2H./Sem.	211	22,8	27,7	12,1	12,2	5,3	12,0	4,4	3,5
MUJERES									
NINGUNA	1034	26,3	19,9	11,6	19,7	1,4	6,3	14,1	0,7
A.F.V. < 2H./Sem.	52	43,8	36,6	2,1	10,5	0,0	2,6	4,4	0,0
A.F.V. ≥ 2H./Sem.	119	43,6	29,3	6,5	7,3	1,7	5,9	3,1	2,7

¹ Fumar: Se excluyen a ex-fumadores (n= 251) y fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

² HTA: Hipertensión según Consenso Español: Tensión Sistólica ≥ 140 mm. Hg. y/o Tensión Diastólica ≥ 90 mm. Hg. y/o con Tt⁹ Farmacológico.

³ HCT: Colesterol sérico ≥ 200 mg./dl.

TABLA 9.8 PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA POR EDAD¹ DE COMBINACIONES DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN TIPO DE RESIDENCIA Y SEXO.

SEXO; TIPO DE RESID.	TAMAÑO MUESTRAL	NINGÚN FACTOR	FUMAR ²	HTA ²	HCT ³	FACTORES DE RIESGO %			
						FUMAR +HTA	FUMAR +HCT	HTA +HCT	FUMAR +HTA +HCT
HOMBRES									
URBANO	526	15,4	24,2	5,9	14,8	4,0	17,6	9,3	8,8
PERIURBANO	362	15,7	23,6	9,1	9,9	11,9	12,6	7,2	10,2
RURAL	165	14,3	18,1	10,3	12,1	13,9	17,8	3,8	9,6
MUJERES									
URBANO	526	26,8	25,1	9,0	15,8	2,3	7,0	12,4	1,7
PERIURBANO	362	30,9	21,0	9,7	20,7	0,9	4,4	12,3	0,2
RURAL	165	29,7	15,3	17,0	15,8	0,0	7,3	12,9	1,0

¹ Fumar: Se excluyen a ex-fumadores (n= 251) y fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

² HTA: Hipertensión según Consenso Español: Tensión Sistólica \geq 140 mm. Hg. y/o Tensión Diastólica \geq 90 mm. Hg. y/o con Tt^o Farmacológico.

³ HCT: Colesterol sérico \geq 200 mg./dl.

TABLA 10.1 PREVALENCIA (%) DE CONSUMO DE CIGARRILLOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

NIVEL EDUC.:	HOMBRES				MUJERES				
	EDAD	n	NO FUMADOR	EX-FUMADOR	FUMADOR HABITUAL	n	NO FUMADORA	EX-FUMADORA	FUMADORA HABITUAL
MENOS QUE PRIMARIOS									
18 - 29	23	42,7	0,0	57,3	27	40,4	10,2	49,3	
30 - 39	50	21,2	9,7	69,1	78	59,9	3,2	37,0	
40 - 49	101	29,4	14,9	55,8	219	89,1	0,4	10,5	
50 - 65	255	36,0	19,3	44,7	299	97,1	0,9	2,1	
TOTAL	429	33,7	16,0	50,3	623	87,4	1,6	11,0	
PRIMARIOS									
18 - 29	191	26,0	4,3	69,7	180	44,9	2,4	52,7	
30 - 39	189	26,9	12,0	61,1	220	56,2	4,8	39,1	
40 - 49	153	40,6	12,3	47,1	152	76,2	5,7	18,1	
50 - 65	79	33,4	20,8	45,8	52	96,7	2,0	1,3	
TOTAL	612	30,3	10,4	59,3	604	60,4	3,7	35,9	
SECUNDARIOS									
18 - 29	125	35,3	8,7	56,0	122	37,4	6,0	56,6	
30 - 39	87	27,1	9,5	63,4	67	40,4	3,8	55,8	
40 - 49	36	23,6	12,8	63,6	24	55,8	11,3	32,9	
50 - 65	18	28,8	26,8	44,4	5	57,8	0,0	42,2	
TOTAL	266	31,5	11,1	57,4	218	40,3	5,9	53,8	
UNIVERSITARIOS									
18 - 29	48	59,9	0,0	40,1	55	46,8	0,4	52,8	
30 - 39	74	38,4	12,8	48,8	47	44,9	4,2	51,0	
40 - 49	43	19,8	21,0	59,2	22	48,9	16,1	35,1	
50 - 65	17	41,3	15,1	43,7	8	70,6	0,0	29,4	
TOTAL	182	42,4	10,2	47,4	132	49,0	3,1	48,0	
TOTAL REGIÓN	1.489	33,0	11,9	55,1	1.577	65,4	3,3	31,3	

n: Tamaño muestral.

Se excluyen a fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

TABLA 10.2 PREVALENCIA (%) DE CONSUMO DE CIGARRILLOS SEGÚN OCUPACIÓN, SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

OCUPACIÓN: EDAD	HOMBRES				MUJERES			
	n	NO FUMADOR	EX- FUMADOR	FUMADOR HABITUAL	n	NO FUMADORA	EX- FUMADORA	FUMADORA HABITUAL
PROFESIONAL								
18 - 29	26	36,0	7,9	56,2	36	45,7	2,8	51,5
30 - 39	77	33,0	10,3	56,7	47	43,2	7,3	49,5
40 - 49	52	18,6	19,7	61,7	16	60,8	11,3	27,8
50 - 65	27	30,3	36,3	33,5	7	86,3	0,0	13,7
TOTAL	182	28,6	17,4	53,9	106	50,6	4,8	44,6
ADMINISTRATIVOS								
18 - 29	25	45,8	9,9	44,3	48	32,4	3,6	64,1
30 - 39	33	39,8	3,1	57,1	31	31,8	0,0	68,2
40 - 49	17	18,6	7,4	74,0	14	51,0	4,9	44,2
50 - 65	17	31,7	14,3	53,9	1	0,0	0,0	100,0
TOTAL	92	37,4	8,9	53,7	94	33,0	2,7	64,3
COMERCIANTES								
18 - 29	39	23,7	1,5	74,9	28	31,2	0,8	68,0
30 - 39	39	34,5	6,4	59,1	39	36,1	10,7	53,2
40 - 49	38	35,2	11,7	53,0	31	74,6	6,9	18,5
50 - 65	27	26,7	9,6	63,7	17	76,2	17,0	6,8
TOTAL	143	29,1	6,3	64,6	115	46,7	6,3	47,1
SERVICIOS								
18 - 29	53	27,0	10,3	52,7	57	39,1	5,9	55,0
30 - 39	49	20,3	17,1	62,6	45	54,1	0,4	45,6
40 - 49	42	53,9	7,2	39,0	35	69,2	0,9	29,9
50 - 65	26	44,4	20,7	34,9	28	94,8	0,0	5,2
TOTAL	170	37,9	13,4	48,8	165	58,1	2,5	39,4
OBR. AGRÍCOLA								
18 - 29	36	25,0	5,0	70,0	17	47,6	0,0	52,4
30 - 39	29	30,6	8,6	60,8	9	34,4	0,0	65,6
40 - 49	42	41,4	15,6	43,1	23	100,0	0,0	0,0
50 - 65	86	40,9	11,0	48,1	10	82,3	0,0	17,7
TOTAL	193	35,8	9,9	54,3	59	67,4	0,0	32,6
OBR. NO AGRÍCOLA								
18 - 29	127	29,5	3,2	67,2	47	32,4	2,8	64,8
30 - 39	154	23,7	12,6	63,7	33	49,4	10,5	40,1
40 - 49	131	30,6	18,2	51,3	16	92,2	4,7	3,2
50 - 65	116	34,1	26,6	39,4	6	100,0	0,0	0,0
TOTAL	528	29,6	14,0	56,5	102	47,2	4,7	48,2
TOTAL REGIÓN	1.308	33,0	11,9	55,1	641	65,4	3,3	31,3

n: Tamaño muestral.

Se excluyen a fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

Se incluyen a todas las personas que declararon una ocupación, aunque en el momento de la entrevista no estuvieran en activo.

TABLA 10.3 PREVALENCIA (%) DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL LÍMITE¹ Y DEFINIDA² SEGÚN SEXO, NIVEL EDUCATIVO Y GRUPOS DE EDAD.

NIVEL EDUCATIVO: EDAD	HOMBRES				MUJERES	
	TAMAÑO MUESTRAL	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (%)		TAMAÑO MUESTRAL	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (%)	
		LÍMITE ¹	DEFINIDA ²		LÍMITE ¹	DEFINIDA ²
MENOS QUE PRIMARIOS						
18 - 29	24	4,9	0,0	27	3,7	0,0
30 - 39	50	17,3	17,8	78	6,6	1,6
40 - 49	104	25,2	16,3	219	20,7	14,0
50 - 65	260	24,2	35,2	299	21,1	40,3
TOTAL	438	22,1	27,5	623	18,3	27,5
PRIMARIOS						
18 - 29	193	15,2	1,9	180	3,9	0,2
30 - 39	190	17,2	6,9	220	6,1	4,3
40 - 49	159	29,2	10,7	152	9,5	13,3
50 - 65	81	25,8	24,1	52	18,7	33,8
TOTAL	623	20,2	8,6	604	7,3	7,9
SECUNDARIOS						
18 - 29	124	14,8	5,1	122	2,3	0,0
30 - 39	87	14,1	6,7	67	7,2	1,2
40 - 49	37	17,1	15,1	24	6,8	16,6
50 - 65	19	25,7	27,9	5	18,2	5,7
TOTAL	267	15,9	8,9	218	4,2	1,9
UNIVERSITARIOS						
18 - 29	48	23,7	2,0	55	0,0	3,2
30 - 39	76	12,4	1,6	47	2,0	3,8
40 - 49	43	14,8	8,0	22	20,6	0,0
50 - 65	18	4,9	38,2	8	9,6	3,7
TOTAL	185	16,2	7,2	132	3,8	3,0
TOTAL REGIÓN	1.513	19,2	13,1	1.577	10,3	13,4

¹ Hipertensión Arterial Límite: $140 \leq$ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. ó $90 \leq$ Tensión Diastólica < 95 mm. Hg. y sin Tt^o Farmacológico.

² Hipertensión Arterial Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm. Hg. o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. o con Tt^o Farmacológico.

TABLA 10.4 PREVALENCIA (%) DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL LÍMITE¹ Y DEFINIDA² SEGÚN SEXO, OCUPACIÓN Y GRUPOS DE EDAD.

OCUPACIÓN: EDAD	HOMBRES			MUJERES		
	n	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (%)		n	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (%)	
		LÍMITE ¹	DEFINIDA ²		LÍMITE ¹	DEFINIDA ²
PROFESIONAL						
18 - 29	26	13,9	0,0	36	0,0	0,0
30 - 39	78	13,3	0,9	47	1,1	4,3
40 - 49	53	22,2	8,8	16	26,6	0,0
50 - 65	30	24,6	11,1	7	13,7	8,4
TOTAL	187	18,3	5,1	106	4,6	2,1
ADMINISTRATIVO						
18 - 29	25	20,7	0,0	48	0,0	0,0
30 - 39	34	5,1	3,4	31	6,3	0,0
40 - 49	17	6,3	15,8	14	25,1	0,0
50 - 65	17	13,3	7,0	1	0,0	0,0
TOTAL	93	12,8	14,4	94	4,1	0,0
COMERCIANTE						
18 - 29	39	13,7	4,8	28	0,5	0,0
30 - 39	39	29,5	9,6	39	3,6	2,8
40 - 49	39	14,3	13,9	31	16,0	6,1
50 - 65	27	28,4	22,4	17	8,5	43,1
TOTAL	144	20,8	11,5	115	5,6	6,5
SERVICIOS						
18 - 29	53	15,9	4,2	57	0,0	0,0
30 - 39	49	15,1	18,9	45	7,5	0,0
40 - 49	43	26,3	13,4	35	10,9	27,8
50 - 65	26	15,8	47,8	28	8,1	53,0
TOTAL	171	17,8	17,9	165	5,3	14,1
OBR. AGRÍCOLA						
18 - 29	36	12,3	2,6	17	0,0	0,0
30 - 39	29	16,0	6,8	9	13,9	6,8
40 - 49	43	24,1	8,5	23	10,5	16,6
50 - 65	87	23,6	31,8	10	11,0	17,9
TOTAL	195	20,0	18,2	59	9,8	10,1
OBR. NO AGRÍCOLA						
18 - 29	130	10,0	2,5	47	7,6	0,8
30 - 39	155	15,1	5,2	33	20,0	3,0
40 - 49	137	28,7	14,3	16	10,6	42,7
50 - 65	118	31,4	26,5	6	55,3	26,7
TOTAL	540	20,1	11,3	102	13,8	7,6
TOTAL REGIÓN	1.330	19,2	13,1	641	10,3	13,4

n: Tamaño muestral

¹ Hipertensión Arterial Límite: $140 \leq$ Tensión Sistólica < 160 mm. Hg. ó $90 \leq$ Tensión Diastólica < 95 mm. Hg. y sin Tt² Farmacológico.

² Hipertensión Arterial Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm. Hg. o Tensión Diastólica ≥ 95 mm. Hg. o con Tt² Farmacológico.

**TABLA 10.5 PREVALENCIA (%) DE COLESTEROL SÉRICO ELEVADO (mg./dl.),
SEGÚN NIVEL EDUCATIVO POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.**

NIVEL EDUCATIVO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	HOMBRES %		MUJERES %		
		200-249 mg./dl.	≥ 250 mg./dl.	TAMAÑO MUESTRAL	200-249 mg./dl.	≥ 250 mg./dl.
MENOS QUE PRIMARIOS						
18 - 29	15	33,2	0,0	17	0,0	0,0
30 - 39	31	29,2	26,2	59	18,2	5,6
40 - 49	75	29,2	6,8	156	30,8	4,7
50 - 65	185	36,3	19,4	232	38,3	26,2
TOTAL	306	33,5	17,2	464	33,2	15,1
PRIMARIOS						
18 - 29	127	26,4	2,8	129	20,1	0,4
30 - 39	148	30,6	13,0	182	24,9	3,3
40 - 49	114	31,2	14,5	124	35,9	8,7
50 - 65	68	33,3	30,0	48	25,6	29,0
TOTAL	457	29,2	13,6	483	26,6	6,0
SECUNDARIOS						
18 - 29	73	21,8	1,1	84	13,3	2,5
30 - 39	69	35,7	5,0	47	19,0	1,4
40 - 49	30	45,0	19,2	18	38,7	9,5
50 - 65	9	41,2	42,8	4	38,3	0,0
TOTAL	181	32,4	8,1	153	20,4	3,1
UNIVERSITARIOS						
18 - 29	35	27,3	0,0	39	18,6	0,0
30 - 39	53	31,9	15,9	40	33,9	1,8
40 - 49	32	15,5	34,9	20	42,4	18,1
50 - 65	12	32,8	5,0	6	43,6	21,8
TOTAL	132	26,9	15,8	105	28,6	5,7
TOTAL REGIÓN	1.076	30,3	12,5	1.205	26,6	9,5

**TABLA 10.6 PREVALENCIA (%) DE COLESTEROL SÉRICO ELEVADO (mg./dl.)
SEGÚN OCUPACIÓN, SEXO Y GRUPOS DE EDAD.**

OCUPACIÓN EDAD	HOMBRES %			MUJERES %		
	TAMAÑO MUESTRAL	200-249 mg./dl.	≥ 250 mg./dl.	TAMAÑO MUESTRAL	200-249 mg./dl.	≥ 250 mg./dl.
PROFESIONAL						
18 - 29	20	23,3	0,0	26	37,3	5,5
30 - 39	56	35,0	9,2	37	38,8	0,0
40 - 49	38	20,6	25,8	15	52,9	5,2
50 - 65	28	34,9	19,4	5	75,0	3,9
TOTAL	142	28,4	13,9	83	42,7	3,8
ADMINISTRATIVO						
18 - 29	20	47,3	0,0	31	19,4	1,2
30 - 39	27	30,1	15,3	25	31,3	0,0
40 - 49	10	87,6	6,8	12	45,9	42,9
50 - 65	7	31,4	68,6	1	0,0	0,0
TOTAL	64	43,4	12,6	69	24,5	4,9
COMERCIANTE						
18 - 29	18	31,6	0,0	18	0,9	0,0
30 - 39	25	52,2	8,8	35	11,8	2,1
40 - 49	29	34,2	16,4	20	36,1	13,0
50 - 65	17	45,4	33,7	15	51,2	14,7
TOTAL	89	40,4	14,9	88	15,8	4,6
SERVICIOS						
18 - 29	32	27,3	4,0	42	36,2	0,6
30 - 39	39	28,9	3,1	36	33,5	0,0
40 - 49	32	27,7	24,5	21	29,4	4,2
50 - 65	16	33,2	43,9	24	26,0	35,6
TOTAL	119	28,9	16,1	123	32,7	5,7
OBR. AGRÍCOLA						
18 - 29	21	32,3	0,0	10	0,0	0,0
30 - 39	20	36,9	27,7	5	34,1	0,0
40 - 49	31	23,5	14,5	15	48,0	12,4
50 - 65	69	31,8	13,4	10	66,8	8,3
TOTAL	141	31,3	11,5	40	38,2	5,7
OBR. NO AGRÍCOLA						
18 - 29	90	32,5	3,0	37	11,5	0,0
30 - 39	123	25,2	18,7	26	39,3	0,0
40 - 49	103	29,8	12,4	13	16,9	1,4
50 - 65	95	37,8	24,3	6	7,8	36,0
TOTAL	411	31,7	13,5	82	17,2	2,5
TOTAL REGIÓN	1.076	30,3	12,5	1.205	26,6	9,5

TABLA 10.7 PREVALENCIA (%) DE SOBREPESO U OBESIDAD LÍMITE¹ Y OBESIDAD DEFINIDA² SEGÚN SEXO, NIVEL EDUCATIVO Y GRUPOS DE EDAD.

NIVEL EDUC.; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	OBESIDAD (%): HOMBRES		OBESIDAD (%): MUJERES		
		LÍMITE	DEFINIDA	TAMAÑO MUESTRAL	LÍMITE	DEFINIDA
MENOS QUE PRIMARIOS						
18 - 29	24	60,8	9,5	27	23,5	3,7
30 - 39	50	59,2	12,0	78	51,1	14,2
40 - 49	103	53,4	27,4	219	43,8	37,8
50 - 65	260	51,2	25,7	299	41,4	49,4
TOTAL	437	53,2	23,2	623	41,6	39,9
PRIMARIOS						
18 - 29	193	43,6	15,8	179	18,7	7,7
30 - 39	190	51,9	10,7	220	41,9	15,9
40 - 49	159	50,3	29,1	152	35,7	31,7
50 - 65	81	53,8	33,0	52	46,4	45,8
TOTAL	623	48,5	20,3	603	32,3	19,3
SECUNDARIOS						
18 - 29	124	40,8	6,5	121	17,5	3,1
30 - 39	87	58,2	7,3	67	22,3	13,2
40 - 49	37	68,2	5,8	24	35,7	21,2
50 - 65	19	73,1	7,2	5	20,0	61,8
TOTAL	267	51,2	6,7	217	20,1	8,7
UNIVERSITARIOS						
18 - 29	48	39,8	8,0	55	12,3	0,0
30 - 39	76	45,9	16,2	47	43,5	6,9
40 - 49	43	48,2	14,1	22	31,9	7,7
50 - 65	18	47,7	37,8	8	3,7	59,5
TOTAL	185	44,4	15,2	132	21,1	8,4
TOTAL REGIÓN	1.512	49,7	17,3	1.575	32,3	23,7

¹ Sobrepeso u Obesidad Límite: $25 \leq \text{IMC} < 30$.

² Obesidad Definida: $\text{IMC} \geq 30$.

TABLA 10.8 PREVALENCIA (%) DE SOBREPESO U OBESIDAD LÍMITE¹ Y OBESIDAD DEFINIDA² SEGÚN SEXO, OCUPACIÓN Y GRUPOS DE EDAD.

SEXO: OCUPACIÓN	TAMAÑO MUESTRAL	OBESIDAD (%): HOMBRES		OBESIDAD (%): MUJERES		
		LÍMITE	DEFINIDA	TAMAÑO MUESTRAL	LÍMITE	DEFINIDA
PROFESIONAL						
18 - 29	26	36,3	10,0	36	10,7	0,0
30 - 39	78	48,9	15,9	47	45,7	8,3
40 - 49	53	58,5	12,0	16	30,6	11,3
50 - 65	30	51,7	23,7	7	49,4	31,6
TOTAL	187	50,0	15,1	106	26,9	6,7
ADMINISTRATIVO						
18 - 29	25	34,0	6,3	47	9,0	4,7
30 - 39	34	44,4	8,0	31	37,7	0,0
40 - 49	17	51,1	1,1	14	50,0	12,3
50 - 65	17	68,9	34,2	1	0,0	0,0
TOTAL	93	46,8	13,0	93	20,1	3,9
COMERCIANTE						
18 - 29	39	45,1	9,9	28	32,3	4,2
30 - 39	39	56,1	10,3	39	40,7	4,5
40 - 49	39	49,4	23,7	31	43,5	24,7
50 - 65	27	72,2	11,1	17	42,3	45,3
TOTAL	144	54,5	12,9	115	38,4	13,0
SERVICIOS						
18 - 29	53	52,0	12,2	57	15,6	2,0
30 - 39	49	51,5	9,0	45	43,4	9,2
40 - 49	43	60,4	22,3	35	22,3	46,9
50 - 65	26	53,4	34,6	28	56,8	34,4
TOTAL	171	53,9	17,8	165	31,8	17,0
OBR. AGRÍCOLA						
18 - 29	36	48,0	11,3	17	29,2	11,0
30 - 39	29	66,2	3,4	9	72,6	0,0
40 - 49	42	56,9	18,7	23	47,4	28,7
50 - 65	87	38,1	31,7	10	21,6	52,1
TOTAL	194	46,4	21,5	59	40,1	24,0
OBR. NO AGRÍCOLA						
18 - 29	130	42,5	15,6	46	24,7	6,3
30 - 39	155	55,3	12,7	33	54,2	4,7
40 - 49	137	47,5	32,6	16	10,9	78,3
50 - 65	118	50,5	27,6	6	18,0	57,6
TOTAL	540	50,6	21,2	101	29,9	17,2
TOTAL REGIÓN	1.329	50,8	17,9	639	30,3	12,5

¹ Sobrepeso u Obesidad Límite: $25 \leq \text{IMC} < 30$.

² Obesidad Definida: $\text{IMC} \geq 30$.

TABLA 10.9 PREVALENCIA (%) DE ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA (≥ 6 M.E.T.) DE TIEMPO LIBRE¹ SEGÚN NIVEL EDUCATIVO POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

NIVEL EDUCATIVO; EDAD	HOMBRES %			MUJERES %		
	TAMAÑO MUESTRAL	< 2 HORAS/SEM.	≥ 2 HORAS/SEM.	TAMAÑO MUESTRAL	< 2 HORAS/SEM.	≥ 2 HORAS/SEM.
MENOS QUE PRIMARIOS						
18 - 29	24	4,9	46,2	27	7,0	9,4
30 - 39	50	1,1	11,7	78	2,9	2,3
40 - 49	104	2,1	3,0	219	0,8	4,6
50 - 65	260	0,4	5,8	299	11,1	3,9
TOTAL	438	1,1	9,1	623	1,7	4,3
PRIMARIOS						
18 - 29	193	5,9	38,5	180	5,9	19,5
30 - 39	190	6,1	16,3	220	2,5	13,4
40 - 49	159	6,1	15,6	152	4,2	13,6
50 - 65	81	8,0	4,9	52	0,0	7,6
TOTAL	623	6,3	23,3	604	3,9	15,1
SECUNDARIOS						
18 - 29	125	10,1	49,2	122	14,3	21,9
30 - 39	87	16,4	18,6	67	4,9	9,9
40 - 49	37	1,1	16,8	24	0,0	1,2
50 - 65	19	0,0	16,9	5	0,0	0,0
TOTAL	268	9,6	35,3	218	10,7	17,0
UNIVERSITARIOS						
18 - 29	48	27,4	22,5	55	8,1	35,4
30 - 39	76	23,9	28,9	47	21,9	10,4
40 - 49	43	10,2	32,0	22	3,2	15,4
50 - 65	18	7,8	37,0	8	0,0	0,0
TOTAL	185	20,3	28,1	132	10,0	23,7
TOTAL REGIÓN	1.514	7,0	23,1	1.577	5,0	12,5

¹ En las dos semanas anteriores a la entrevista.

MET: Equivalentes Metabólicos de Actividad Física.

TABLA 10.10 PREVALENCIA (%) DE ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA (≥ 6 M.E.T.) DE TIEMPO LIBRE¹, SEGÚN OCUPACIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

OCUPACIÓN; EDAD	HOMBRES (%)			MUJERES (%)		
	TAMAÑO MUESTRAL	< 2 HORAS/SEM.	≥ 2 HORAS/SEM.	TAMAÑO MUESTRAL	< 2 HORAS/SEM.	≥ 2 HORAS/SEM.
PROFESIONAL						
18 - 29	26	13,0	43,7	36	6,9	31,7
30 - 39	78	20,1	20,0	47	17,2	11,5
40 - 49	53	6,4	20,4	16	0,0	22,7
50 - 65	30	10,8	17,1	7	0,0	0,0
TOTAL	187	12,8	24,0	106	8,4	21,7
ADMINISTRATIVO						
18 - 29	25	15,9	48,1	48	5,8	27,2
30 - 39	34	16,7	46,2	31	4,2	3,0
40 - 49	17	1,1	26,1	14	0,0	0,0
50 - 65	17	0,0	15,8	1	0,0	0,0
TOTAL	93	10,4	37,0	94	4,6	17,5
COMERCIANTE						
18 - 29	39	3,7	26,2	28	9,7	21,8
30 - 39	39	6,8	8,5	39	0,6	23,4
40 - 49	39	4,5	14,8	31	0,0	6,5
50 - 65	27	2,3	1,7	17	0,0	3,2
TOTAL	144	4,3	14,4	115	4,3	16,9
SERVICIOS						
18 - 29	53	9,2	55,6	57	5,3	16,7
30 - 39	49	8,2	14,9	45	0,0	0,4
40 - 49	43	6,3	22,4	35	0,0	16,3
50 - 65	26	0,0	8,4	28	1,4	19,6
TOTAL	171	6,6	30,2	165	2,3	12,7
OBR. AGRÍCOLA						
18 - 29	36	2,6	30,8	17	11,0	23,3
30 - 39	29	6,9	8,5	9	0,0	6,8
40 - 49	43	0,0	1,3	23	0,0	0,0
50 - 65	87	0,6	0,8	10	0,0	0,0
TOTAL	195	1,7	9,3	59	3,3	8,3
OBR. NO AGRÍCOLA						
18 - 29	130	6,0	37,2	47	8,0	23,2
30 - 39	155	7,1	19,7	33	3,0	12,1
40 - 49	137	6,6	11,9	16	0,0	1,5
50 - 65	118	0,0	10,9	6	0,0	0,0
TOTAL	540	4,9	21,8	102	5,4	16,7
TOTAL REGIÓN	1.330	6,3	22,2	641	4,7	16,3

¹ En personas que realizarán alguna actividad Física Vigorosa en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista.
MET: Equivalentes Metabólicos de Actividad Física.

TABLA 10.11 PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA POR EDAD¹ DE COMBINACIONES DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO Y NIVEL EDUCATIVO.

SEXO; NIVEL EDUC.	TAMAÑO MUESTRAL	NINGÚN FACTOR	FACTORES DE RIESGO %						
			FUMAR ²	HTA ³	HCT ¹	FUMAR +HTA	FUMAR +HCT	HTA +HCT	FUMAR +HTA +HCT
HOMBRES									
< PRIMARIOS	297	10,9	11,0	11,6	10,9	15,5	13,8	13,0	13,3
PRIMARIOS	447	14,1	27,4	7,8	11,6	7,2	17,5	6,2	8,3
BACHILLER	179	17,2	30,1	5,4	15,1	7,3	12,1	4,5	8,4
UNIVERSIDAD	130	24,8	22,0	5,8	13,0	5,2	17,4	4,6	7,2
MUJERES									
< PRIMARIOS	464	26,4	5,5	19,0	21,2	0,8	1,2	25,1	0,9
PRIMARIOS	483	33,5	24,6	8,2	16,5	1,2	8,1	7,2	0,7
BACHILLER	153	27,3	46,6	1,0	13,5	2,6	7,2	2,2	0,7
UNIVERSIDAD	105	25,3	35,7	3,0	17,4	1,7	14,1	1,1	1,7

¹ Fumar: Se excluyen a ex-fumadores (n= 251) y fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

² HTA: Hipertensión según Consenso Español: Tensión Sistólica \geq 140 mm. Hg. y/o Tensión Diastólica \geq 90 mm. Hg. y/o con Tt² Farmacológico.

³ HCT: Colesterol sérico \geq 200 mg./dl.

TABLA 11.1 CONSUMO DE TABACO POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: COEFICIENTES DE VARIACION (%).

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	NO FUMADORES		FUMADORES	
		NO FUMADOR	EX- FUMADOR	FUMADOR CIGARRILLOS	FUMADOR PIPA/PURO
HOMBRES					
18 - 29	390	7,0	21,8	4,2	57,7
30 - 39	403	7,9	14,3	4,1	57,7
40 - 49	343	7,9	13,1	5,4	31,3
50 - 65	378	6,9	10,2	6,1	33,0
TODOS	1.514	3,7	7,5	2,5	22,9
MUJERES					
18 - 29	384	6,0	21,8	4,9	0,0
30 - 39	412	4,6	22,5	5,9	0,0
40 - 49	417	2,2	23,8	12,7	0,0
50 - 65	364	1,1	49,9	28,5	0,0
TODAS	1.577	1,8	14,4	6,3	0,0
TOTAL	3.091	1,9	7,8	3,1	16,0

TABLA 11.2. FUMADORES HABITUALES DE CIGARRILLOS SEGÚN CANTIDAD CONSUMIDA EN LA ACTUALIDAD POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: COEFICIENTES DE VARIACIÓN (%).

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	NÚMERO DE CIGARRILLOS / DÍA			CANTIDAD MEDIA
		<10 CIG.	10-10 CIG.	≥ 20 CIG.	
HOMBRES					
18 - 29	232	12,9	8,8	10,0	3,5
30 - 39	241	15,0	11,1	5,4	3,5
40 - 49	173	17,4	16,7	5,4	4,1
50 - 65	157	20,4	13,1	6,7	4,5
TODOS	803	8,0	6,0	3,6	1,9
MUJERES					
18 - 29	199	7,1	13,4	13,8	4,5
30 - 39	171	8,6	11,0	14,2	4,9
40 - 49	54	12,9	25,9	24,6	10,0
50 - 65	12	54,6	37,3	44,5	20,7
TODAS	436	5,1	7,5	9,0	3,1
TOTAL	1.239	5,2	4,7	3,4	1,7

TABLA 11.3 MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN FUMADORES HABITUALES DE CIGARRILLOS SEGÚN SEXO: COEFICIENTES DE VARIACIÓN (%)

SEXO: FACTORES DE RIESGO	FUMADOR HABITUAL				
	NO FUMADOR	EX-FUMADOR	1-9CIG./DÍA	10-19 CIG./DÍA	≥ 20 CIG./DÍA
HOMBRES	CV % (n)	CV % (n)	CV % (n)	CV % (n)	CV % (n)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
LÍMITE	3,7 (495)	10,1 (191)	17,0 (135)	8,9 (218)	5,5 (450)
DEFINIDA	6,1 (495)	6,2 (191)	25,1 (135)	15,2 (218)	10,2 (450)
HIPERCOLESTEROLEMIA					
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	8,1 (363)	13,6 (152)	16,0 (110)	13,6 (161)	5,1 (341)
DEFINIDA (≥ 250 mg./dl.)	10,9 (363)	15,3 (152)	20,5 (110)	16,6 (161)	10,7 (341)
OBESIDAD					
LÍMITE (IMC: 25-29)	4,3 (494)	6,3 (191)	10,1 (135)	8,3 (217)	5,1 (450)
DEFINIDA (IMC: ≥ 30)	5,0 (494)	9,2 (191)	17,2 (135)	13,4 (217)	8,9 (450)
DIABETES²	9,6 (495)	22,8 (191)	27,1 (135)	17,7 (218)	12,8 (450)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA					
≥2H/sem. ³	5,2 (495)	9,5 (191)	10,6 (135)	8,4 (217)	5,6 (450)
MUJERES					
TENSIÓN ARTERIAL					
LÍMITE	2,9 (1.081)	15,3 (60)	16,7 (208)	21,8 (130)	18,7 (98)
HIPERTENSIÓN	2,9 (1.081)	17,9 (60)	15,5 (208)	19,1 (130)	22,7 (98)
COLESTEROL					
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	5,4 (870)	23,9 (47)	13,3 (168)	18,4 (100)	19,0 (84)
ELEVADO (≥250 mg./dl.)	5,6 (870)	15,1 (47)	20,7 (168)	9,4 (100)	29,8 (84)
OBESIDAD					
LÍMITE (IMC: 25-29)	2,9 (1.081)	13,0 (60)	7,1 (207)	8,1 (129)	11,3 (98)
DEFINIDA (IMC ≥30)	3,1 (1.081)	18,2 (60)	10,5 (207)	18,6 (129)	16,4 (98)
DIABETES²	6,9 (1.081)	0,0 (60)	9,5 (208)	0,0 (130)	0,0 (98)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA					
≥2h/sem. ³	5,9 (1.081)	37,8 (60)	10,4 (208)	14,2 (130)	16,3 (98)

C.V.: Coeficiente de variación.

Tamaño muestral entre paréntesis.

TABLA 11.4 TENSION ARTERIAL NORMAL, HIPERTENSION ARTERIAL LIMITE Y DEFINIDA SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD: COEFICIENTES Y VARIACION (%).

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	TENSION ARTERIAL HIPERTENSION		
		NORMAL	LIMITE	DEFINIDA
HOMBRES				
18 - 29	389	2,2	10,6	47,3
30 - 39	403	3,2	10,5	28,0
40 - 49	343	4,5	5,6	13,1
50 - 65	378	4,5	6,7	4,8
TODOS	1.513	1,8	3,7	5,1
MUJERES				
18 - 29	384	1,9	49,5	61,4
30 - 39	412	1,9	36,1	44,5
40 - 49	417	3,5	10,6	10,0
50 - 65	364	4,4	6,0	5,2
TODAS	1.577	1,5	4,7	4,9
TOTAL	3.090	1,1	2,9	3,5

TABLA 11.5 HIPERTENSOS SEGUN GRADO DE TRATAMIENTO Y CONTROL POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: COEFICIENTES DE VARIACION(%).

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	HIPERTENSOS		
		TRATADA CONTROLADA	TRATADA NO CONTROLADA	NO TRATADA NO CONTROLADA
HOMBRES				
18 - 29	9	0,0	29,4	11,1
30 - 39	31	11,2	0,0	8,4
40 - 49	42	11,1	14,2	7,8
50 - 65	116	7,4	19,7	3,3
TODOS	198	5,3	12,1	2,8
MUJERES				
18 - 29	2	27,1	0,0	101,3
30 - 39	14	19,7	0,0	12,0
40 - 49	51	8,5	27,3	8,3
50 - 65	141	5,3	26,7	4,1
TODAS	208	4,3	19,7	3,6
TOTAL	406	3,3	10,1	2,3

TABLA 11.6 MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO Y NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL: COEFICIENTES DE VARIACIÓN (%)

SEXO, FACTORES DE RIESGO	NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL		
	NORMAL	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
		LÍMITE	DEFINIDA
	% (n)	% (n)	% (n)
HOMBRES			
FUMADOR HABITUAL	3,0 (1.012)	6,4 (303)	9,2 (198)
HIPERCOLESTEROLEMIA			
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	3,8 (764)	9,5 (229)	13,7 (158)
DEFINIDA (≥ 250 mg./dl.)	5,0 (764)	12,4 (229)	14,7 (158)
OBESIDAD			
LÍMITE (IMC: 25-29)	3,0 (1.011)	6,4 (303)	9,1 (198)
DEFINIDA (IMC ≥ 30)	3,7 (1.011)	8,1 (303)	10,1 (198)
DIABETES¹	10,8 (1.012)	23,5 (303)	20,0 (198)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA			
≥ 2H/sem. ²	3,3 (1.012)	9,5 (303)	18,9 (198)
MUJERES			
FUMADORA HABITUAL	2,8 (1.188)	18,6 (181)	23,5 (208)
HIPERCOLESTEROLEMIA			
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	3,4 (936)	8,2 (145)	11,5 (188)
DEFINIDA (≥ 250 mg./dl.)	5,5 (936)	8,4 (145)	13,5 (188)
OBESIDAD			
LÍMITE (IMC: 25-29)	2,8 (1.186)	10,9 (181)	10,0 (208)
DEFINIDA (IMC ≥ 30)	3,2 (1.186)	10,1 (181)	8,4 (208)
DIABETES³	8,5 (1.188)	41,4 (181)	18,1 (208)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA			
≥ 2H/sem. ⁴	3,3 (1.188)	32,8 (181)	22,4 (208)

C.V.: Coeficiente de Variación.

Tamaño muestral entre paréntesis.

**TABLA 11.7 CATEGORÍAS DE COLESTEROL SÉRICO TOTAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO:
COEFICIENTES DE VARIACION (%).**

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	NIVEL COLESTEROL SÉRICO		
		<200 mg/dl.	200-249 mg/dl.	≥ 250 mg/dl.
HOMBRES				
18 - 29	250	3,8	11,4	57,6
30 - 39	301	5,5	8,3	14,0
40 - 49	251	6,4	8,3	16,0
50 - 65	274	7,0	8,1	11,7
TODOS	1.076	2,9	4,4	7,5
MUJERES				
18 - 29	269	2,9	13,8	49,8
30 - 39	328	3,4	9,5	31,2
40 - 49	318	4,9	7,5	20,2
50 - 65	290	6,4	7,6	10,7
TODAS	1.205	2,3	4,8	10,8
TOTAL	2.281	1,8	3,3	6,6

**TABLA 11.8 CATEGORÍAS DE TRIGLICÉRIDOS SÉRICOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO:
COEFICIENTES DE VARIACION (%).**

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	TRIGLICÉRIDOS SÉRICOS	
		<200 mg/dl.	≥ 200 mg/dl.
HOMBRES			
18 - 29	250	1,8	22,1
30 - 39	300	2,8	12,0
40 - 49	251	3,1	13,0
50 - 65	274	2,8	13,3
TODOS	1.075	1,3	7,4
MUJERES			
18 - 29	269	0,7	57,6
30 - 39	328	0,8	4,3
40 - 49	318	1,3	25,3
50 - 65	290	2,0	17,4
TODAS	1.205	0,6	16,9
TOTAL	2.280	0,7	8,9

TABLA 11.9 MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO Y NIVELES DE COLESTEROL SÉRICO: COEFICIENTES DE VARIACIÓN (%)

SEXO, FACTORES DE RIESGO	< 200 mg./dl.	200-249 mg./dl.	≥ 250 mg./dl.
	CV % (n)	CV% (n)	CV% (n)
HOMBRES			
FUMADOR HABITUAL	3,9 (496)	4,2 (307)	8,3 (110)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	2,8 (583)	4,3 (354)	8,6 (139)
DEFINIDA	6,2 (583)	6,7 (354)	8,6 (139)
OBESIDAD			
LÍMITE (BMI: 25 - 29)	3,4 (583)	3,2 (354)	5,3 (139)
DEFINIDA (BMI ≥ 30)	5,1 (583)	9,0 (354)	14,1 (139)
DIABETES⁽²⁾	14,4 (583)	16,0 (354)	28,0 (139)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥ 2H/sem. ³	8,1 (583)	11,0 (354)	14,1 (139)
MUJERES			
FUMADORA HABITUAL	3,3 (723)	4,8 (334)	10,5 (102)
TENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	11,5 (754)	14,1 (346)	31,0 (105)
HIPERTENSIÓN	1,2 (754)	2,1 (346)	3,5 (105)
OBESIDAD			
LÍMITE (BMI: 25 - 29)	3,6 (754)	5,4 (345)	6,8 (105)
DEFINIDA (BMI ≥ 30)	3,8 (754)	5,5 (345)	15,8 (105)
DIABETES⁽²⁾	40,0 (754)	47,9 (346)	62,8 (105)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥ 2h/sem. ⁽³⁾	10,5 (754)	27,3 (346)	47,0 (105)

C.V.: Coeficiente de Variación.

Tamaño muestral entre paréntesis.

TABLA 11.10 PESO NORMAL, SOBREPESO, OBESIDAD Y OBESIDAD MÓRBIDA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE GARROW POR GRUPOS DE EDAD: COEFICIENTES DE VARIACION (%).

SEXO: EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	CLASIFICACIÓN DE GARROW		
		<25	25-29,9	30-39,9
HOMBRES				
18 -29	389	5,1	5,8	15,7
30 - 39	403	7,3	4,6	13,0
40 - 49	342	9,5	5,4	10,2
50 - 65	378	11,7	5,1	8,1
TODOS	1.512	4,1	2,6	5,9
MUJERES				
18 - 29	382	3,3	10,6	38,4
30 - 39	412	4,6	6,3	17,2
40 - 49	417	6,6	5,3	8,2
50 - 65	364	10,7	4,3	5,4
TODAS	1.575	3,1	3,3	8,6
TOTAL	3.087	2,6	2,1	5,2

TABLA 11.11 MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN NORMOPONDERAL, CON SOBREPESO LÍMITE Y OBESIDAD DEFINIDA SEGÚN SEXO: COEFICIENTES DE VARIACIÓN (%).

SEXO, FACTORES DE RIESGO	PESO NORMAL	OBESIDAD	
		LÍMITE	DEFINIDA
HOMBRES	CV % (n)	CV % (n)	CV % (n)
FUMADOR HABITUAL	3,7 (445)	4,8 (628)	8,8 (223)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	11,0 (490)	3,9 (746)	7,5 (276)
DEFINIDA	18,1 (490)	6,8 (746)	7,5 (276)
HIPERCOLESTEROLEMIA:			
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	8,0 (342)	5,6 (539)	11,5 (195)
DEFINIDA (≥ 250 mg./dl.)	19,9 (342)	10,7 (539)	18,1 (195)
DIABETES⁽²⁾	22,2 (490)	9,5 (746)	30,3 (276)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥ 2H/sem.⁽³⁾	5,3 (490)	2,6 (746)	7,5 (276)
MUJERES			
FUMADORA HABITUAL	2,6 (626)	5,9 (525)	7,4 (364)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	6,2 (659)	6,2 (547)	5,7 (369)
HIPERTENSIÓN	9,2 (659)	4,6 (547)	3,8 (369)
COLESTEROL:			
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	5,6 (468)	7,8 (423)	7,0 (313)
ELEVADO (≥ 250 mg./dl.)	22,7 (468)	14,3 (423)	12,3 (313)
DIABETES⁽¹⁾	26,8 (659)	23,8 (547)	21,0 (369)
ACTIV. DEPORTIVA VIGOROSA ≥ 2h/sem.⁽²⁾	7,8 (659)	21,5 (547)	34,8 (369)

C.V.: Coeficiente de Variación.

Tamaño muestral entre paréntesis.

TABLA 11.12 REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA (≥ 6 M.E.T.) DE TIEMPO LIBRE POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO: COEFICIENTES DE VARIACION (%).

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	ACTIVIDAD FÍSICA DE TIEMPO LIBRE:		
		NADA	<2 HORAS/SEMANA	≥ 2 HORAS/SEMANA
HOMBRES				
18 - 29	390	6,2	6,6	6,5
30 - 39	403	5,7	10,7	8,4
40 - 49	343	6,0	17,4	9,2
50 - 65	378	5,7	29,6	13,0
TODOS	1.514	3,0	7,9	4,6
MUJERES				
18 - 29	384	5,9	12,1	9,4
30 - 39	412	5,5	17,1	11,5
40 - 49	417	5,5	36,5	12,8
50 - 65	364	5,7	77,7	20,6
TODAS	1.577	2,8	17,3	6,5
TOTAL	3.091	2,0	7,2	3,4

TABLA 11.13 MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO Y ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA DE TIEMPO LIBRE: COEFICIENTE DE VARIACIÓN (%).

SEXO, FACTORES DE RIESGO	ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA TIEMPO LIBRE		
	NADA	< 2 HORAS/SEMANA	≥ 2 HORAS/SEMANA
HOMBRES	CV % (n)	CV % (n)	CV % (n)
FUMADOR HABITUAL	1,9 (1.099)	9,9 (110)	5,5 (305)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	2,5 (1.099)	11,8 (110)	6,2 (304)
DEFINIDA	3,7 (1.099)	16,1 (110)	13,4 (304)
HIPERCOLESTEROLEMIA:			
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	2,7 (834)	11,3 (91)	8,7 (226)
DEFINIDA (≥ 250 mg./dl.)	3,6 (834)	12,6 (91)	10,8 (226)
OBESIDAD			
LÍMITE (IMC: 25 - 29)	2,0 (1.098)	10,1 (110)	5,5 (304)
DEFINIDA (IMC ≥ 30)	5,2 (1.098)	11,1 (110)	11,0 (304)
DIABETES⁽²⁾	10,1 (1.099)	0,0 (110)	21,9 (304)
MUJERES			
FUMADORA HABITUAL	4,3 (1.346)	12,7 (64)	8,6 (167)
TENSIÓN ARTERIAL:			
LÍMITE	4,2 (1.346)	18,2 (64)	22,3 (167)
DEFINIDA	2,8 (1.346)	23,3 (64)	19,8 (167)
HIPERCOLESTEROLEMIA			
LÍMITE (200-249 mg./dl.)	2,8 (1.087)	14,3 (55)	10,7 (127)
DEFINIDA (≥ 250 mg./dl.)	4,3 (1.087)	19,7 (55)	26,1 (127)
OBESIDAD			
LÍMITE (IMC: 25 - 29)	1,1 (1.345)	21,6 (63)	8,9 (167)
DEFINIDA (IMC ≥ 30)	1,9 (1.345)	13,6 (63)	10,5 (167)
DIABETES⁽²⁾	9,0 (1.346)	0,0 (64)	45,1 (167)

C.V.: Coeficiente de Variación.

Tamaño muestral entre paréntesis.

TABLA 11.14 NÚMERO DE PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO: COEFICIENTES DE VARIACION (%).

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	FACTORES DE RIESGO				
		NINGUNO	UNO	DOS	TRES	TODOS
HOMBRES						
18 - 20	248	9,6	3,8	6,8	54,5	2,4
30 - 39	298	14,9	4,5	8,5	20,4	2,6
40 - 49	241	11,6	5,1	5,6	15,9	2,3
50 - 65	266	32,4	5,4	4,9	12,9	2,1
TODOS	1.053	5,2	2,4	3,3	12,4	1,2
MUJERES						
18 - 29	269	6,1	3,7	17,2	56,8	3,0
30 - 39	328	6,2	4,5	17,1	23,6	3,5
40 - 49	318	6,7	4,6	12,7	24,7	3,3
50 - 65	290	15,3	4,4	5,6	56,3	2,4
TODAS	1.205	4,2	2,2	5,5	19,3	1,5
TOTAL	2.258	3,3	1,6	3,2	11,5	1,0

TABLA 11.15 COMBINACIONES DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: COEFICIENTES DE VARIACION (%).

SEXO; EDAD	TAMAÑO MUESTRAL	NINGUNO	FACTORES DE RIESGO						
			FUMAR ¹	HTA ²	HCT ³	FUMAR +HTA	FUMAR +HCT	HTA +HCT	FUMAR +HTA +HCT
HOMBRES									
18 - 29	248	9.6	5.6	24.5	23.3	19.4	11.5	50.4	51.3
30 - 39	298	12.0	7.6	30.0	13.7	25.0	13.0	35.2	21.0
40 - 49	241	11.7	10.3	26.9	15.9	18.0	12.5	23.9	15.9
50 - 65	266	32.4	18.8	16.1	14.5	18.9	16.1	11.0	12.9
TODOS	1.053	5.2	4.7	12.3	8.3	10.4	5.3	14.8	24.8
MUJERES									
18 - 29	269	6.1	4.2	49.6	32.0	49.6	18.5	0.0	56.8
30 - 39	328	6.2	7.1	32.5	15.2	37.9	24.0	45.9	47.9
40 - 49	318	6.7	28.1	14.1	8.8	48.8	44.3	20.4	49.4
50 - 65	290	15.3	40.9	9.9	8.5	50.1	53.1	5.7	50.4
TODAS	1.205	4.2	4.9	10.0	4.5	21.9	14.7	8.4	25.1
TOTAL REGIÓN	2.258	3.3	2.8	8.0	4.4	11.8	7.4	8.1	18.0

H.T.A.: Tensión arterial elevada.

H.C.T.: Colesterol sérico elevado.

A N E X O S



Región de Murcia
 Consejería de Sanidad
 Dirección General de Salud

SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA

n.º de identificación

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Los datos contenidos en este cuestionario son confidenciales

CUESTIONARIO: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

I. ENTREVISTA

PARTE A: IDENTIFICACIÓN CUESTIONARIO Y DATOS DEMOGRAFICOS

Día Mes Año

Hora de inicio

Identificación encuestador

Buenos días/tardes, mi nombre es
 soy Sanitario/ATS y trabajo para la Consejería de Sanidad de Murcia.

En primer lugar, le agradecemos su colaboración en este estudio que estamos haciendo para conocer mejor qué es lo que está pasando con algunas enfermedades del corazón y otras enfermedades relacionadas con la circulación de la sangre.

Por ello le pedimos que conteste a las preguntas, que a continuación le vamos a hacer, lo más cuidadosamente posible.

Por supuesto, le garantizamos que la información que nos proporcione es estrictamente confidencial y será utilizada solo con fines sanitarios.

Es bastante sencillo de responder y no le llevará mucho tiempo. Aproximadamente de 15 a 20 minutos.

Si algún aspecto no le queda claro, no dude en preguntar.

Apellidos:

Nombre:

Dirección: C/..... n.º

Código Postal Municipio Código Area

Teléfono

PERSONAL

LUGAR DE TRABAJO

FAMILIARES

1. Fecha de nacimiento: Día Mes Año

2. Sexo: Hombre Mujer

PARTE B: DATOS SOCIOECONOMICOS

3. Nivel de estudios máximo alcanzado

- 1 Analfabeto/a
- 2 sin título (sabe leer y escribir)
- 3 Estudios primer grado
- 4 Estudios segundo grado
- 5 Estudios tercer grado: Enseñanza media-superior
- 6 Estudios tercer grado: Enseñanza superior
- 7 No clasificables: especificar

4. ¿En qué situación laboral se encuentra?

- 1 Cumpliendo el Servicio Militar
- 2 Trabajando:
 Trabajo remunerado - Ayuda familiar, 15 horas ó más/semana, sin remuneración
- 3 Buscando su primer empleo
- 4 Parado y buscando empleo, habiendo trabajado antes
- 5 Retirado, jubilado, pensionista, etc.
- 6 Rentista (vive de alquileres u otros rendimientos)
- 7 Estudiante
- 8 Dedicándose a las labores del hogar
- 9 Incapacitado permanente para el trabajo
- 0 Otros: especificar

5. ¿Cuales su ocupación o profesión?

- 0/1 Profesionales, técnicos
- 2 Directores y funcionarios públicos superiores
- 3 Personal administrativo
- 4 Comerciantes y vendedores
- 5 Personal de los servicios de hostelería, domésticos, personales, de protección y de seguridad.
- 6 Trabajadores agrícolas y forestales, pescadores y cazadores
- 7/8/9 Obreros no agrícolas, conductores de máquinas y vehículos de transporte
- 10 Estudiantes, opositores
- 11 Amas de casa
- 12 Profesionales de las fuerzas armadas
- Otros: especificar

PARTE C: CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO/ENFERMEDADES PREVIAS

6. ¿Ha padecido usted alguna enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos, por ejemplo Angina de Pecho, Infarto Agudo de Miocardio, Embolia o Trombosis?

- 1 Si: ¿Cuál?
- 2 No
- 3 No sabe

7. ¿Se ha tomado la tensión arterial alguna vez durante el último año?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No sabe

8. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que usted tiene la tensión arterial elevada?

- 1 Sí:
- 2 No
- 3 No sabe

9. En las últimas dos semanas ¿está usted haciendo algún régimen sin sal, con poca sal, o ha tomado alguna mediación para la tensión arterial elevada?

- 1 Sí: 9.1.a Mediación, ¿cual?
- 9.1.b Dieta
- 2 No
- 3 No sabe

10. ¿Durante el último año, se ha hecho alguna analítica para conocer la cantidad de colesterol/grasa que tiene en la sangre?

- 1 Sí:
- 2 No
- 3 No sabe

11. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que usted tiene el colesterol elevado?

- 1 Sí:
- 2 No
- 3 No sabe

12. ¿Está usted tomando alguna mediación (en las dos últimas semanas) o está haciendo alguna dieta especial para reducir su colesterol?

- 1 Sí: 12.1.a Mediación, ¿cual?
- 12.1.b Dieta
- 2 No
- 3 No sabe

13. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que usted tiene la glucosa alta en la sangre, que tiene azúcar en la sangre o que es diabético?

- 1 Sí:
- 2 No
- 3 No sabe

14. En las últimas dos semanas ¿ha tomado alguna mediación o está haciendo algún régimen para disminuir el azúcar en sangre?

- 1 Sí: 14.1.a Mediación, ¿cual?
- 14.1.b Dieta
- 2 No
- 3 No sabe

15. ¿Ha tomado durante las dos últimas semanas aspirinas para prevenir o tratar alguna enfermedad del corazón?

- 1 Sí, tomo aspirinas por esta razón: ¿Cuántas por semana? 15.1.a
- 2 No, no tomo aspirinas
- 3 No, pero tomo aspirinas por otros motivos no relacionados con el corazón: ¿cuántas por semana? 15.3.a
- 4 No sabe

SOLO EN MUJERES:

16. ¿Tiene usted el período?

- 1 Sí, regularmente
2 Sí, pero irregular
3 No
4 No sabe

17. ¿Ha tomado usted, durante el último mes, algún medicamento (estrógenos) para aliviar sus síntomas menopáusicos/menstruales?

- 1 Sí: ¿Cuál?
- 2 No
- 3 No sabe

18. ¿Ha tomado usted durante los últimos dos meses anticonceptivos orales o en inyección?

- 1 Sí: ¿Cuál?
- 2 No
- 3 No sabe

19. ¿Está usted embarazada?

- 1 Sí:
- 2 No
- 3 No sabe

PARTE D: CUESTIONARIO DE HABITO TABAQUICO

20. ¿Fuma o ha fumado alguna vez?

- 1 Sí
- 2 No

—SI NO HA FUMADO NUNCA, PASAR AL APARTADO E—

21. Fuma

- 1 Habitualmente (≥ 1 cig./día)
- 2 Esporádicamente (< 1 cig./día)
- 3 Ex-fumador (> 6 m. sin fumar)

22. ¿Aspira/aspiraba profundamente el humo?

- 1 Nunca
- 2 Menos de la mitad de las veces
- 3 Más de la mitad de las veces
- 4 Siempre
- 5 No sabe

23. ¿Qué cantidad de cigarrillo queda/quedaba sin fumar?

- 1 Nada
- 2 Menos de la mitad del cigarrillo
- 3 Más de la mitad del cigarrillo
- 4 No sabe

24. ¿Fuma/fumaba cigarrillos con filtro?

- 1 Nunca
- 2 Menos de la mitad de las veces
- 3 Más de la mitad de las veces
- 4 Siempre
- 5 No sabe

25. ¿Fuma/fumaba cigarrillos bajos en nicotina o alquitrán?

- 1 Nunca
- 2 Menos de la mitad de las veces
- 3 Más de la mitad de las veces
- 4 Siempre
- 5 No sabe

Describame los periodos aproximados de su vida de fumador, el tipo de tabaco y las cantidades que consumía. Olvide los detalles de corta duración e intente resumir los cambios más importantes en cuanto a la cantidad o al tipo de tabaco.

26. CIGARRILLOS

Desde qué edad	Hasta qué edad	N.º años	(*) Cantidad (unid./día)
1. Edad Comienzo:	2. Edad Abandono:	3. Total años:	4. Total cigarrillos:

27. CIGARROS PUROS

Desde qué edad	Hasta qué edad	N.º años	(*) Cantidad (unid./semana)
1. Edad Comienzo:	2. Edad Abandono:	3. Total años:	4. Total cigarros puros:

28. PIPAS

Desde qué edad	Hasta qué edad	N.º años	(*) Cantidad (unid./semana)
1. Edad Comenzo:	2. Edad Abandono:	3. Total años:	4. Total pipas:

29. ¿Podría decirme cuantas horas, de media al día, está usted en contacto con el humo del tabaco de otras personas fumadoras?

- 1 N.º medio de horas/día 21.1.a
- 2 No sabe

PARTE E: CUESTIONARIO ACTIVIDAD FISICA ACTUAL

Anote cuantos días laborables, fines de semana y festivos ha tenido en las últimas dos semanas (14 días).

Laborables Días libres del fin de semana/Festivos

	DIAS	HORAS	MINUTOS
¿Cuántas horas duerme de término medio por noche?			
a001	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuánto tiempo emplea por término medio en el aseo personal diario? (lavarse, ducharse, bañarse, vestirse, etc.)			
a003	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuánto tiempo emplea en desayunar y/o almorzar?			
a005	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indique el medio de transporte que utiliza habitualmente para ir y venir del trabajo y el tiempo que emplea en estos desplazamientos (multiplicar por las veces que realiza el itinerario al día)			
ANDANDO EN LLANO			
b005 Paseando	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b015 Lentamente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b025 Normal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAMINANDO CUESTA ARRIBA			
b045 Normal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b055 Rápidamente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b065 Conduciendo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b075 Tren, Autobús	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b095 Bicicleta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OTROS			
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si desarrolla usted una **ACTIVIDAD PROFESIONAL** ¿Cuál es su profesión? b001

Señale las actividades usuales que usted desempeña durante la jornada laboral en las últimas dos semanas:

b503	Oficina, estud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b003	Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b013	Moviéndose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDUSTRIA LIGERA

b513	Panadería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b023	Impresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b033	Sastrería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b043	Zapatería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b053	Rep. Vehic. Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b063	Carpintería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b073	Conservera, electricidad, maquinaria, cadena fontanería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b083	Indus. química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b093	Industria eléctrica, actividades sanitarias, laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b533	Indus. mueble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b523	Lavandería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b543	Indus. herramientas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRANSPORTE

b103	Conducc. camión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b113	Cargar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSTRUCCION

b123	Pintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b133	Albañilería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AGRICULTURA, GANADERIA Y SILVICULTURA (NO MECANIZADA)

b143	Tractor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b153	Cargar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b183	Desbroce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b193	Escardar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b203	Cavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b163	Plantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b173	Recolectar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b563	Azada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b213	Cortar hierba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b553	Recolec. fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b223	Alim. animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b233	Ordeño manual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b243	Viveros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b253	Plantar árboles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b263	Podar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b273	Tala con hacha, sierra a mano	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b283	Sierra a motor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CAZA Y PESCA

b293	Pesca en barca	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b303	Remar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b313	Descargar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MINERIA

b323	Pico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b333	Pala	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FUERZAS ARMADAS

b343	Limp. material	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b353	Instrucción	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b363	Marcha carretera	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b373	Marcha monte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OTRAS

		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En caso de haber realizado **LABORES DOMESTICAS** en las últimas dos semanas, anote el tipo y duración de las mismas:

b544	Limpieza ligera	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b014	Barrer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b024	Limpieza general (quitar el polvo, limpiar cristales, etc.), cortar leña	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b034	Lavar a mano	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b554	Planchar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b564	Fregar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b574	Cuidar niños	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b004	Cocinar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b025	Compra general	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b584	Compra cargada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OTRAS

		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	--	----------------------	----------------------	----------------------

Anote el tiempo empleado en las siguientes actividades:

¿Cuánto tiempo emplea en comer?

a006		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	--	----------------------	----------------------	----------------------

Si echa la siesta ¿cuanto tiempo emplea en ello?

a002		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	--	----------------------	----------------------	----------------------

Acostado, sentado tranquilamente, viendo TV.

c008

Leyendo, escribiendo

c014

Haciendo punto, cosiendo

b594

¿Realiza usted algún hobby o bricolaje habitualmente en su hogar?
Indíquenos cuales y su frecuencia y duración

.....

.....

.....

Describa cuantas veces, con qué frecuencia y el tiempo que le ocupan las siguientes actividades: (c025)

c025 Ir de tiendas/compras

c025 Cine/teatro/espectaculos

c025 Cena/copas/tascas

c014 Cursos/reuniones

.....

Ahora vamos a hablar de sus **ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y OTRAS RECREATIVAS** llevadas a cabo en los últimos 14 días. Describanos con qué frecuencia, cuando las realiza y el tiempo que emplea en su actividad:

c003 Actividad sedentaria: ajedrez, cartas, dominó, parchís

.....

.....

.....

c004 Actividad deportiva ligera: billar, bolos, golf, playa

.....

.....

.....

c006 Actividad Deportiva moderada: baile, natación, tenis, bici, espeleología

.....

.....

.....

c007 Actividad deportiva intensa: fútbol, atletismo, footing, gimnasia, marcha

.....

.....

.....

¿Realiza alguna actividad deportiva que no se haya mencionado anteriormente?

.....

Otras

.....

.....

ANDANDO EN LLANO ¿Ha salido a pasear?

c005 Paseando

c015 Lentamente

c025 Normal

CAMINANDO CUESTA ARRIBA ¿Ha ido al monte?

c045 Normal

c055 Rápidamente

Otros

¿Qué tiempo emplea en cenar?

a007

Después de cenar ¿Qué suele hacer?

c008 Sentado, ve TV

c014 Leer, escribir

c025 Salir

Señale si en su casa o en el trabajo tiene **escaleras**, el número de pisos, y las veces que las utiliza al día habitualmente:

..... Pisos Veces/día Días

..... Pisos Veces/día Días

(cada piso son 30 segundos)

b085

CALCULO DE 24 HORAS: HORAS

PARTE F: SEGUIMIENTO/INTERES EN PARTICIPAR EN EL ESTUDIO PROSPECTIVO DE DIETA Y SALUD

¿Le importaría decirme el nombre de su médico general y el centro sanitario donde trabaja?

Nombre y Apellidos

Centro

La Consejería de Sanidad está muy interesada en conocer como la alimentación de la población de Murcia puede influir en la salud. Por esto y con la colaboración de organismos tan prestigiosos como la Organización Mundial de la Salud, va a iniciar, en breve, un estudio sobre la dieta Murciana. En este estudio, como el que ahora se está llevando a cabo, se entrevistará a un grupo de personas que voluntariamente deseen colaborar. El objetivo es conocer qué alimentos se consumen con más frecuencia y cuales son escasos para poder hacer recomendaciones a la población sobre la dieta que mejor proteja su salud.

30. ¿Estaría usted dispuesto a participar este estudio sobre la dieta y la salud, que comenzará el año que viene (1993)?

1 SI

2 NO

COMENTARIOS SOBRE LA MARCHA DE LA ENTREVISTA

Comentarios:

.....

.....

.....

(fiabilidad de las respuestas, presencia de familiares, interrupciones, etc.)

Los criterios de exclusión del estudio son:

- 1 Embarazo
- 2 Enfermedad psíquica incapacitante
- 3 Enfermedad física incapacitante

Señale uno si procede y no continúe con la exploración física ni la extracción de sangre.

Lugar de realización de la entrevista:

- 1 Centro oficial
- 2 Domicilio familiar
- 3 Otros, especificar

Hora de finalización: | | : | |

Duración de la entrevista: | | : | |

Apellidos y Nombre: n.º de identificación

II. EXPLORACION FISICA

Identificación encuestador: [] [] []

Temperatura ambiental: [] [] [] °c Pico insuflación [] [] [] []

Hora toma 1ª Tensión Arterial: [] [] [] : [] [] [] Lectura TAS [] [] [] []
TAD [] [] [] []

Hora toma 2ª Tensión Arterial: [] [] [] : [] [] [] Lectura TAS [] [] [] []
TAD [] [] [] []

Lectura media: TAS [] [] [] []
TAD [] [] [] []

Peso [] [] [] [] kg. Talla [] [] [] [] cm.

Indice de Masa Corporal (BMI) = Peso (kg)/Talla (m²)=

Observaciones

Si alguna de las mediciones no se han podido realizar, anote el motivo. Este será cuidadosamente revisado. Anote incidencias y observaciones de interés con letra clara, preferiblemente mayúscula.

III. DETERMINACION ANALITICA

Aproximadamente

29. ¿Cuántas horas hace que comió por última vez?

30. ¿Fue su última comida muy rica en grasas?

Ej. cerdo, cordero, embutidos, tocino,)

1 Sí

2 No

3. No sabe

Fecha de realización de la extracción [] [] [] [] [] []

Hora [] [] [] : [] [] []

Lugar

OBSERVACIONES

31. Si la extracción no se ha podido realizar anote el motivo:

1 Se negó

2 Pospuesta: nueva fecha [] [] [] [] [] []

3 Otras: especificar

RESULTADO ANALITICA:

Colesterol

Triglicéridos

H.D.L.

ANEXO 2. Entrevista telefónica

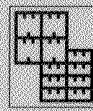
1. Nº cuestionario	
2. Apellidos, Nombre	
3. Teléfono	
4. Fecha entrevista telefónica	
5. Núcleo de población / área	/
6. Fecha de nacimiento / Sexo <small>1: hombre, 2: mujer</small>	/
7. Titulación de estudios: 1. Analfabeto/a 2. Sin título (sabe leer-escribir) 3. Estudios primer grado 4. Estudios segundo grado 5. Estudios tercer grado: enseñanza media 6. Estudios tercer grado: enseñanza superior	
8. ¿Fuma o ha fumado alguna vez?	1: sí 2: no
9. Fumador actual: 1. Habitualmente (\geq 1cig/día) 2. Esporádicamente ($<$ 1cig/día) 3. Ex-fumador ($>$ 6 meses sin fumar)	
10. ¿A qué edad comenzó a fumar?	
11. ¿A qué edad lo dejó?	
12. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día, en promedio, ahora?	
13. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene la tensión arterial elevada?	1: sí 2: no 3: no sabe
14. Durante las dos últimas semanas, ¿está usted haciendo algún régimen sin sal, con poca sal, o ha tomado medicación para la hipertensión?	1: sí 1a: medicación 1b: dieta. 1c: ambos 2: no 3: no sabe
15. ¿Cuál es su altura sin zapatos (cms.)?	
16. ¿Cuál es su peso en la actualidad (kgr.)?	
17. Razones de no respuesta: 1. Imposible contactar 2. Fuera del área temporalmente 3. Incapaz de responder por razones médicas 4. No está interesado en participar 5. Muerte 6. Otros	
18. Persona que responde a la entrevista: 1. Persona seleccionada 2. Un miembro de la familia 3. Otro	

ANEXO 3. Lista de condiciones

Fecha: / / Núcleo de Población _____ Entrevistador _____

	Sí / No	Comentarios
HOJA DE REGISTRO		
Cumplimentación correcta		
Cuestionario		
1ª Página del cuestionario		
Codificación correcta		
Formulación de preguntas		
Períodos de fumador		
Cálculo de cigarrillos consumidos		
Actividad física: se recogen todas las actividades		
Cálculo subida de escaleras		
Actividad física: cálculo 24 horas		
Exploración		
Temperatura ambiental		
Medición Tensión Arterial. T.A.		
Tras el cuestionario		
Reposo 5 minutos		
No ayunas		
No nervioso		
Ropas no constrictivas		
Confortable		
Brazo derecho		
Brazo a la altura del corazón		
El manguito no toca la ropa		
El manguito no toca la membrana del fonendoscopio		
Fosa antecubital		
Columna Hg. a la altura de los ojos		
Columna Hg. a cero		
Pico de insuflación		
Descanso de 30 segundos		
Subir columna 2 mm. Hg./segundo		
Anotar hora 1ª toma T.A.		
Descanso de 30 segundos		
Anotar hora 2ª toma T.A.		
Peso		
Calibrado de la báscula		
Quitar zapatos - ropa		
Posición en centro de la báscula		
Talla		
Tallímetro vertical		
Nuca - espalda apoyada		
Aplastar el pelo		
Mirar al frente		
Carteles		

1. Poner Sí / No, según sea o no correcto. En caso de que no sea correcto, incluir información en comentarios.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales

Dirección General de Salud y Consumo