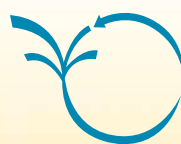


INFORME ANUAL / PUERTO RICO BRFS

2003-2005



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud



BRFSS

Behavioral Risk Factor Surveillance System

Mensaje

El Departamento de Salud, la Oficina de Epidemiología e Investigación presentan la publicación del Informe Anual del Puerto Rico-Behavioral Risk Factor Surveillance System: 2003-2005. En este informe se presentan los hallazgos más relevantes para Puerto Rico de la encuesta efectuada durante los años 2003 al 2005. PR-BRFSS recopila datos sobre el conocimiento, percepciones, actitudes y comportamientos que han sido identificados como factores de riesgo para enfermedades crónicas y degenerativas. A través de esta publicación esperamos cumplir con nuestras metas y deseamos que los datos puedan ser útiles en guiar la planificación, implementación y la evaluación de programas de salud pública dirigidos a la promoción y prevención de los problemas identificados. Además, de servir de guía en el desarrollo de política pública para prevención las enfermedades crónicas y degenerativas entre los puertorriqueños.

Rosa Pérez Perdomo, MD, MPH, PhD
Secretaria de Salud

Enid J. García Rivera, MD, MPH
Epidemióloga del Estado y Directora de Oficina Epidemiología e Investigación

Ruby A. Serrano Rodríguez, MS, DrPH
Directora & Coordinadora PR-BRFSS

Reconocimientos

Lilliam Morales Díaz
Brenda G. López Santiago

Equipo de PR-BRFSS

Margarita Cordero	Brenda González Santiago
Pablo E. Colón	Irma Crespo
Abdiel De La Paz	Niruka S. Marrero
Amneris Rosa	Adoris Feliciano
Jackeline D. Ruiz	Yarimar Rodríguez
Carmen M. Pérez	Yamidza Brenes
Petra Morales	Linetsy Batista
Lilliam Rosado	Panamá Ortiz

El contenido de esta publicación es responsabilidad única de los autores y no representa la visión del CDC ni del Departamento de Salud.

Tabla de Contenido

I. Introducción	6	IV. Estudios Especiales	62
II. Metodología.....	9	Tendencias del Sobrepeso y la Obesidad	
III. Resultados.....	11	en Puerto Rico, 1996-2006.....	64
3.1 Estado de Salud General	11	Ruby A. Serrano-Rodríguez, MS, DrPH	
3.2 Discapacidad.....	14	Enid J. García-Rivera, MD, MPH	
3.3 Cubierta de Planes Médicos	17	Evaluación del uso y conocimiento de la	
3.4 Ejercicios y Actividad Física	20	vitamina ácido fólico en mujeres en edad	
3.5 Frutas y Vegetales.....	23	reproductiva en Puerto Rico, 1999-2004.....	70
3.6 Consumo de Tabaco	26	Diana Valencia, MS, MS	
3.7 Consumo de Alcohol	29	Laureane Alvelo Maldonado, MS	
3.8 Cernimiento de Cáncer de Cuello Uterino	32	Rosalina Valcárcel Ruiz, MD, MPH	
3.9 Cernimiento Cáncer de Mamas	34	V. Equipo Puerto Rico BRFSS, 2003-2005	73
3.10 Cernimiento Cáncer Próstata	36	VI. Tablas Selectas.....	76
3.11 Cernimiento Cáncer Colorectal	38	VII. Referencias	89
3.12 Diabetes	41		
3.13 Hipertensión	44		
3.14 Asma	47		
3.15 Colesterol	50		
3.16 HIV	53		
3.17 Salud Oral	56		
3.18 Artritis	59		

INTRODUCCIÓN



El Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS) es un sistema continuo de vigilancia epidemiológica por teléfono que se realiza en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades mejor conocido por sus siglas en inglés CDC. Este sistema utiliza un cuestionario estandarizado para determinar la distribución de las conductas de riesgo y prácticas de salud entre adultos mayores de 18 años. PR-BRFSS es uno de los sistemas de mayor tasa de respuesta entre todos los participantes de BRFSS en los Estados Unidos.

El PR-BRFSS monitorea las enfermedades crónicas, degenerativas, lesiones y enfermedades infecciosas

prevenibles que se consideran las principales causas de morbilidad y mortalidad en la isla. Este sistema cuenta con un cuestionario que está diseñado para ofrecerle al Departamento de Salud la flexibilidad de estudiar diversas condiciones y factores de riesgo de interés local. Los datos de BRFSS han estimulado cambios significativos en diversas áreas como lo son la planificación de proyectos de intervención, medición del progreso de las metas y objetivos de diferentes programas, el desarrollo de propuestas, el iniciar políticas públicas relacionadas con la salud y la publicación de artículos con los datos recolectados, entre otros.

La encuesta BRFSS comenzó en los Estados Unidos en

el año 1984. En el año 1996, PR-BRFSS comenzó sus actividades como parte de un acuerdo cooperativo con el CDC. A partir de 1986, PR-BRFSS se ha continuado realizando ininterrumpidamente hasta el presente. En la actualidad, PR-BRFSS es la única fuente de datos continuos sobre salud en Puerto Rico. PR-BRFSS está adscrito a la Oficina de Epidemiología e Investigación.

Como es un sistema de vigilancia continuo, PR-BRFSS realiza llamadas telefónicas para encuestar a los puertorriqueños, el 20% de ellas se realizan durante el día y el restante 80% del tiempo se realizan durante las noches y fines de semana siguiendo el Protocolo de la Encuesta plasmado por el CDC en la Guía de Usuarios.

Entre las metas de PR-BRFSS se encuentran el recopilar datos sobre el conocimiento, percepciones, actitudes y comportamientos que han sido identificados como factores de riesgo para enfermedades crónicas y degenerativas. Además, de guiar la planificación, implementación y la evaluación de los programas de salud pública dirigidos a la promoción y prevención de los problemas identificados.

En términos de objetivos, PR-BRFSS ha trazado los siguientes objetivos que sirven de guías para que a través de acciones y actividades concretas se logre la consecución de los mismos:

Objetivo 1: Recoger datos uniformemente sobre prácticas de salud y factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas, lesiones y enfermedades infecciosas prevenibles en la población adulta de Puerto Rico.

Objetivo 2: Diseminar la información obtenida en Puerto Rico-BRFSS en Puerto Rico y en los Estados.

Objetivo 3: Promover el uso de los datos de BRFSS por los diferentes Programas dentro del Departamento de Salud de Puerto Rico para añadir información en la evaluación, desarrollo de prioridades y desarrollo de intervenciones de salud pública en Puerto Rico.

Objetivo 4: Promover el uso de los datos de BRFSS por los profesionales de la salud y el público en general, para evaluar programas, desarrollar prioridades programáticas, evaluar tendencias en Puerto Rico.

Objetivo 5: Promover y Aumentar la colaboración entre las agencias estatales, otras agencias, organizaciones, universidades que analizan o utilizan datos para reducir la mortalidad y morbilidad por enfermedades crónicas y lesiones en Puerto Rico.

Objetivo 6: Colaborar en obtener información adicional en asuntos de salud pública emergentes.

Por otra parte, los datos recopilados por PR-BRFSS se utilizan para justificar y desarrollar Política Pública, Propuestas, Programas y Campañas de Salud Pública dirigidas a la población de la Isla. Esta información es usada por diversos Programas del Departamento de Salud y Organizaciones No Gubernamentales para promover cambios de conductas de salud y prevenir enfermedades crónicas e incapacitantes en nuestra población.

METODOLOGÍA

La encuesta de BRFSS es una de tipo transversal que se realiza en años naturales. La misma utiliza un cuestionario estandarizado que se aplica de la misma forma por todos los participantes. Este cuestionario consiste de tres partes una sección básica, una sección opcional y preguntas específicas del Estado. La sección básica se compone de una serie de preguntas estandarizadas diseñadas por el CDC que se realizan todos los años y son incluidas en todas las encuestas realizadas por los participantes de BRFSS. En la sección opcional se incluyen preguntas de interés tanto para Puerto Rico como para Programas dentro del Departamento de Salud. Por último, la sección de preguntas específicas del Estado está diseñada para preguntar sobre asuntos emergentes dentro de Puerto Rico.

Para realizar este estudio, Puerto Rico se divide en ocho estratos utilizando las ocho Regiones Epidemiológicas del Departamento de Salud como referencia. Los datos son pesados usando los datos de edad y género de la población de Puerto Rico. Este pesaje se realiza para corregir diferencias en la selección por errores de falta de respuesta y de cobertura de la selección. A la misma vez, el pesaje permite la generalización de los hallazgos a la población completa.

Puerto Rico, al igual que los Estados y Territorios de la Nación Norteamericana, mensualmente, conduce entrevistas para el BRFSS de acuerdo a unos procedimientos específicos.

- Las entrevistas se realizan en adultos mayores de 18 años de edad que residan en una casa y cuenten con servicio telefónico.
- Luego de hacer el contacto con una residencia, se selecciona al azar un adulto para hacerle la entrevista. La persona seleccionada será entrevistada utilizando un cuestionario estandarizado.
- Al completar el ciclo de entrevistas cada mes, los estados y territorios utilizan un programa de computadora provisto por el Behavioral Surveillance Branch (BSB) para editar los datos. Luego, se envían los datos al CDC para su análisis estadístico.

- Este análisis consiste en una verificación de los datos recibidos por CDC, la preparación del pesaje para Puerto Rico tomando en consideración la probabilidad de selección del número telefónico, el número de adultos en el hogar, la cantidad de teléfonos en la residencia y las características sociodemográficas edad, género y raza.

Por otra parte, para los años 2003 al 2005, las tasas de respuesta obtenidas para Puerto Rico-BRFSS han fluctuado entre 81.3% y 72.6%. Estas tasas se calcularon de acuerdo a las fórmulas desarrolladas por el "Council of American Survey Research Organization (CASRO)". Las tasas de cooperación de Puerto Rico fluctuaron entre 92.1% y 88%. Las tasas de respuesta y cooperación obtenidas por Puerto Rico lo sitúan como uno de los mejores participantes dentro de BRFSS a nivel nacional.

Las limitaciones de los datos de PR-BRFSS son las siguientes: solamente hogares con teléfonos residenciales fueron incluidos en la muestra de la encuesta, la tasa de respuesta ha disminuido en los últimos años por los cambios en las telecomunicaciones (aumento del uso de teléfonos celulares como teléfonos residenciales), los datos son autoreportados por los entrevistados y los datos están sujetos a sesgo de memoria por parte de los entrevistados. A pesar de estas limitaciones, BRFSS ha mostrado ser una fuente confiable y costo-efectiva de recopilar información de salud.

En Resumen, el Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS) ha continuado su labor de mejorar, realizar y diseminar los datos sobre prevalencia de condiciones crónicas y lesiones en los puertorriqueños obtenidos de la Encuesta. Los logros obtenidos durante sus años de existencia permiten que nuestro Programa se destaque entre el resto de los participantes de BRFSS.



RESULTADOS

3.1 Estado de Salud General

En la salud pública y en la medicina, el concepto de la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la salud física y mental percibida por una persona o grupo en el curso del tiempo¹. La salud percibida es un importante parámetro psicosocial en la valoración del estado de salud, en la determinación del pronóstico y análisis de la supervivencia de una población. El estado de salud percibido ha sido considerado como un factor predictivo de la mortalidad. Las personas mayores que tienen una valoración negativa de su salud poseen un alto grado de riesgo de mortalidad².

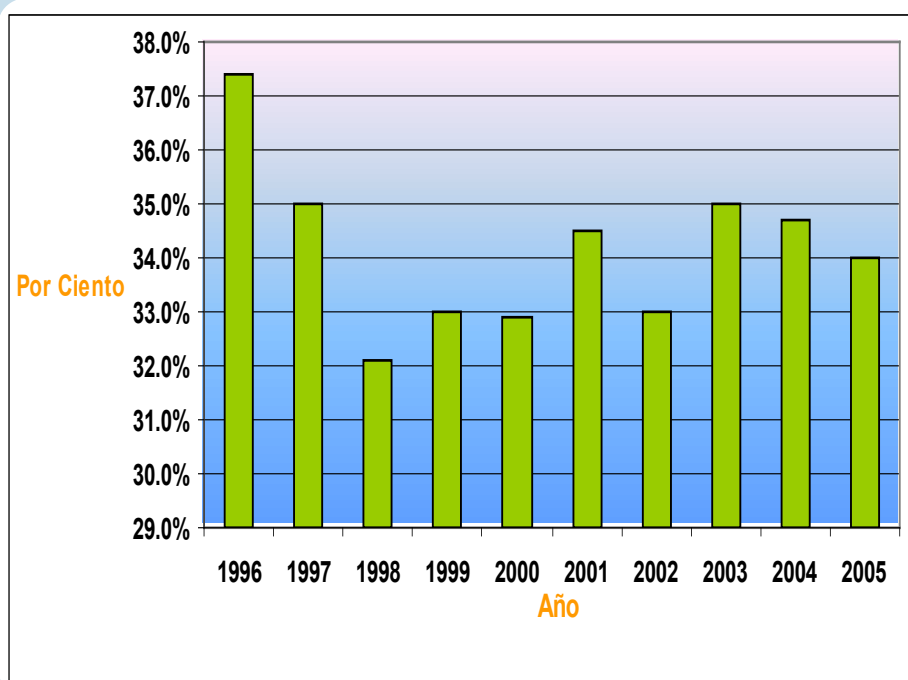
Durante los años 2003 al 2005, a los entrevistados de PR-BRFSS se les preguntó sobre como consideraban su estado general de salud. A estos, se le dio a seleccionar en una escala de excelente, muy buena, buena, regular o mala. En los años 2003 al 2005, los residentes de Puerto Rico entrevistados reportaron una prevalencia de salud regular o mala de 35.0%, 34.7% y 34.0%, respectivamente. Sin embargo, la tendencia reportada del estado de salud no ha cambiado en los últimos años manteniéndose una prevalencia reportada por encima del 32%.

En los últimos cinco años de este estudio, las mujeres han reportado tener una salud general regular o mala en mayor proporción que los hombres. Además, la percepción regular o mala del estado de salud general aumenta con el aumento en la edad de los encuestados y disminuye con el aumento en el ingreso y la escolaridad.

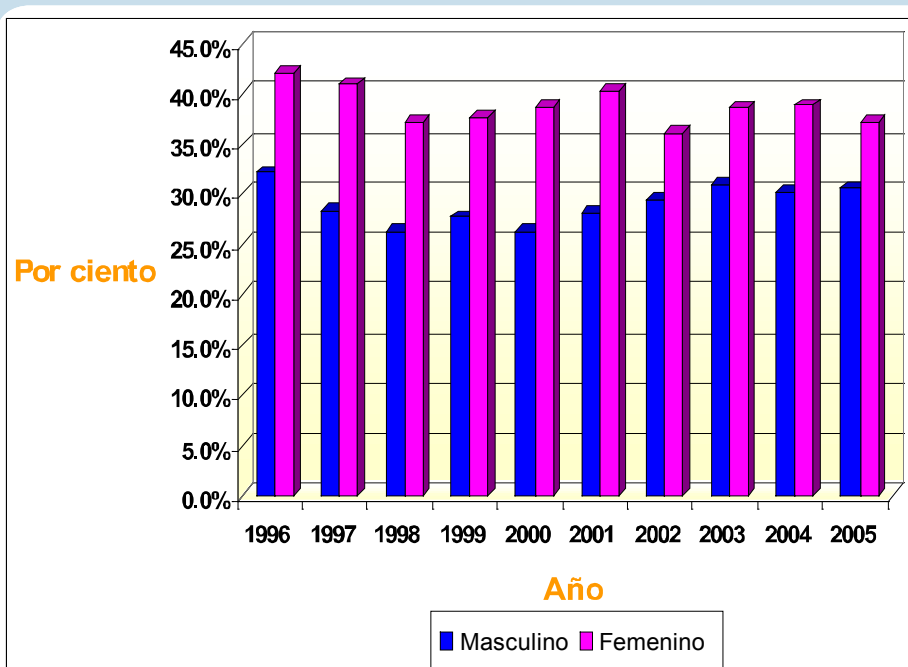
Por otra parte, se han encontrado diferencias porcentuales en la percepción de salud general en términos del estado civil y empleo. Los estudiantes, empleados presentaron porcentajes importantes de una salud regular o pobre cuando se compararon con desempleados, retirados y otros tipos de trabajadores.



Prevalencia de Adultos mayores de 18 años que reportaron que su estado de salud era regular o pobre.



Prevalencia de Adultos Mayores de 18 años que reportaron que su estado de salud era regular o pobre.



Prevalencia de Adultos mayores de 18 años que reportaron que su estado de salud era regular o pobre.

	Varones	Mujeres	Total
1996	32.1%	42.1%	37.4%
1997	28.3%	40.9%	35.0%
1998	26.3%	37.2%	32.1%
1999	27.7%	37.7%	33.0%
2000	26.3%	38.7%	32.9%
2001	28.0%	40.3%	34.5%
2002	29.4%	36.2%	33.0%
2003	30.9%	38.6%	35.0%
2004	30.2%	38.8%	34.7%
2005	30.5%	37.2%	34.0%

3.2 Discapacidad

La discapacidad es una condición o una función que se considera deteriorada respecto del estándar general de un individuo o de su grupo. El término es de uso frecuente referir al funcionamiento individual, incluyendo la discapacidad física, la discapacidad sensorial, la discapacidad cognoscitiva o la debilitación intelectual. Este uso se asocia a un modelo médico de la discapacidad. El 13 de diciembre de 2006, los Naciones Unidas convenidos formalmente en la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad, el primer tratado de los derechos humanos del siglo XXI, de proteger y de realzar los derechos y las oportunidades del mundo estimadas en 650 millones discapacitados a nivel de la población mundial³

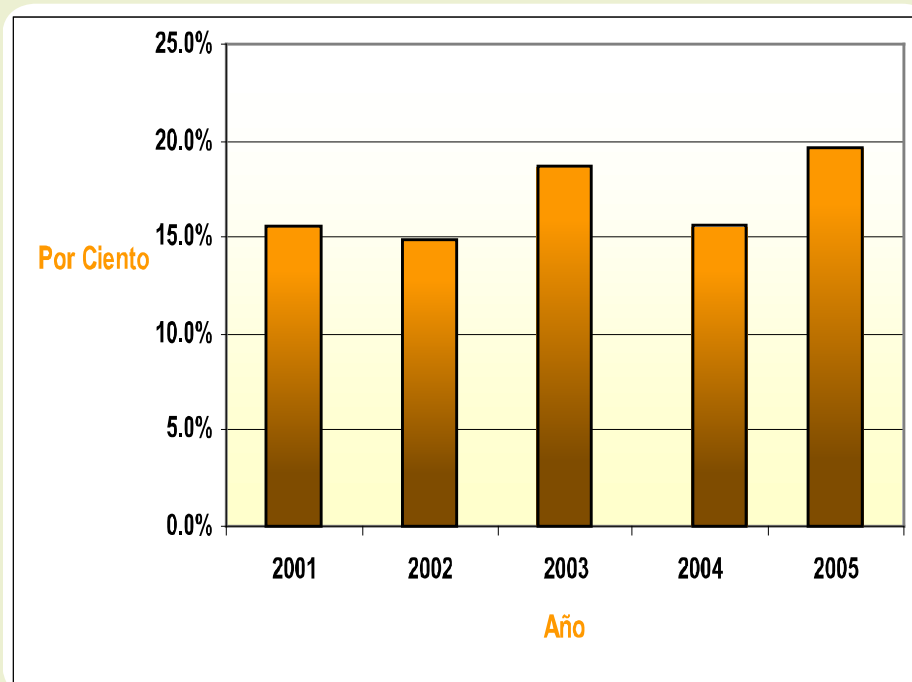


La discapacidad entre los puertorriqueños aumenta con el aumento en la edad de los encuestados. El grupo de edad que reportó tener mas discapacidad fue el de 55 a 64 años con una prevalencia de 31.9% seguidos por el grupo de edad de mayores de 65 años (29.8%). Aquellos que indicaron estar discapacitados están retirados tienen un nivel de ingreso bajo y su estado marital es viudez.

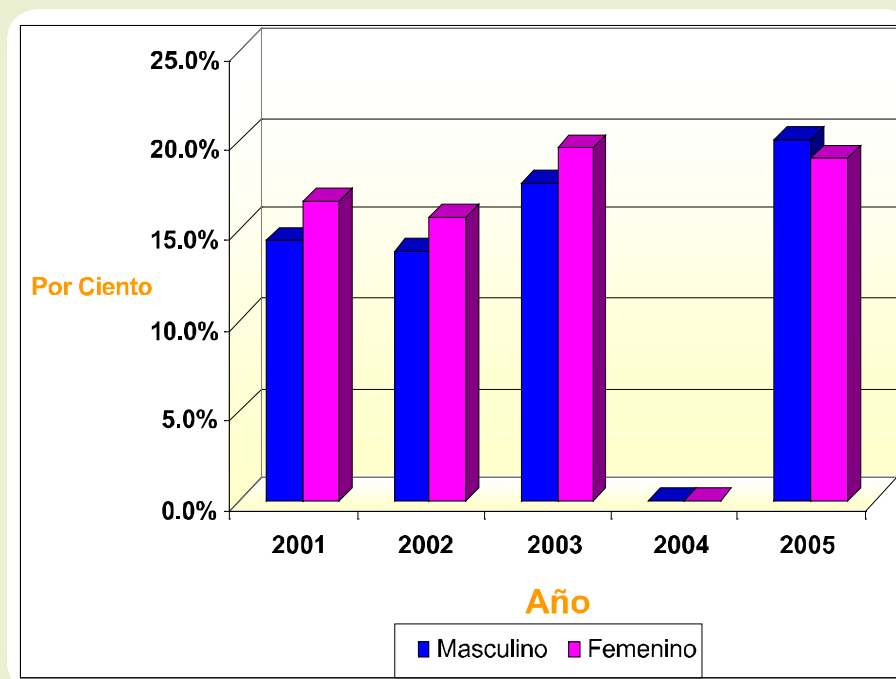
Los Objetivos Gente Saludable 2010 tienen como meta promover la salud de las personas con discapacidades, prevenir condiciones secundarias y eliminar las disparidades entre las personas con y sin discapacidades en la población de los Estados Unidos de América⁴.

Durante los años 2003 y 2005, PR-BRFSS preguntó a los participantes si tenían alguna limitación para realizar alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales. La prevalencia de discapacidad reportada para estos años fue de 18.7% y 19.6%, respectivamente. La tendencia observada de discapacidad desde el año 2001 tiende a aumentar a medida que pasan los años. El cambio porcentual observado fue de 20%.

Prevalencia de Discapacidad en Puerto Rico 2001-2005



Prevalencia de Discapacidad por Género en Puerto Rico 2001-2005



Prevalencia de Discapacidad en Puerto Rico 2001-2005

	Masculino	Femenino	Total
2001	14.4%	16.6%	15.6%
2002	13.9%	15.8%	14.9%
2003	17.6%	19.7%	18.7%
2004	ND	ND	ND
2005	20.1%	19.1%	19.6%

3.3 Cubierta de Planes Médicos

En un sistema de cuidado de salud, la cubierta médica es el arreglo que se hace a través del cual se dará el cuidado médico o de salud. El cuidado médico debe proveer tratamiento médico como un derecho humano, independientemente, de que el individuo tenga o no medio para pagar. Además, los profesionales de la salud deben proveer el tratamiento de acuerdo a la ley y a sus juramentos de servicio⁵.

Las desigualdades en los resultados de salud reflejan las desigualdades en la cobertura de planes médicos. El acceso a cuidado médico regular y consistente es importante para la calidad de vida y la esperanza de vida. Los objetivos Gente Saludable 2010 promueven el aumento en la proporción de personas con cubiertas o planes médicos para disminuir las dificultades o retrasos en la obtención de servicios médicos⁶.

Entre los años 1996 y 2000, la prevalencia para cobertura médica fluctuó entre 86% y 88%. Sin embargo, a partir del año 2000 la prevalencia observada para cobertura médica se ha mantenido por encima de 91%. En los últimos cinco años, solamente entre un 7% y 8% de la población no tiene ningún tipo de cubierta médica. En Puerto Rico, se ha observado un descenso en la ausencia de cobertura médica que nos lleva a pensar en la posibilidad de alcanzar en los próximos años el Objetivo de Gente Saludable 2010.

Por otro lado, la prevalencia de cobertura médica es mayor en féminas que en varones. Este patrón en la prevalencia ha sido observado en los últimos nueve años. Además, según aumenta la edad aumenta la

prevalencia reportada entre los puertorriqueños. Para los años 2003 al 2005, el grupo de edad mayores de 65 años presenta una prevalencia de 98.7%, 98.2% y 97.9%, respectivamente mientras que los grupos de entre 25-34 años presentaron prevalencias por debajo del 90% para los años reportados.

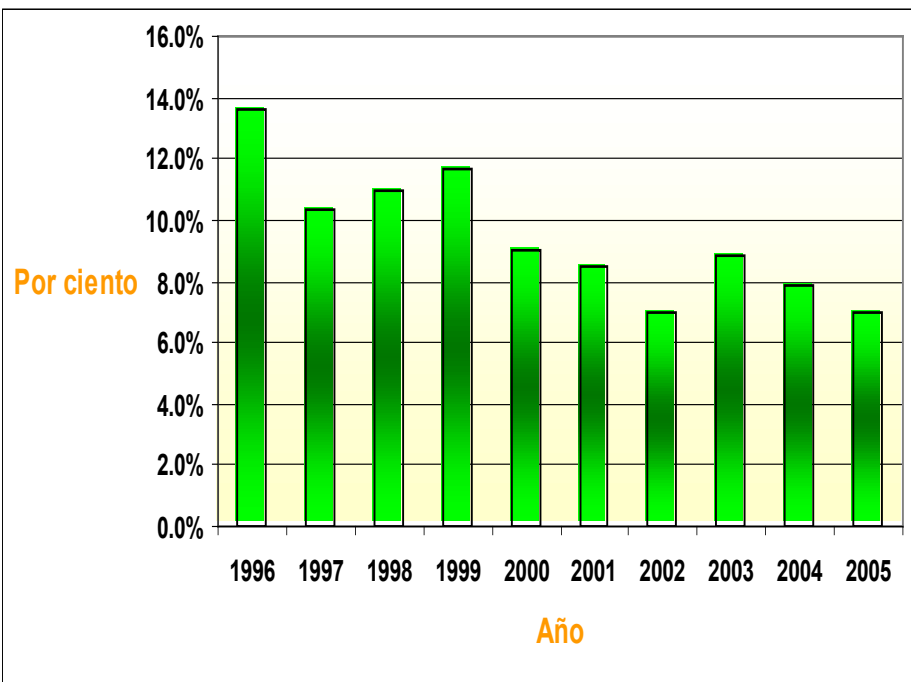
En términos de nivel educativo, en todos los años bajo estudio se encontró que la prevalencia de cobertura médica variaba según el nivel de educación alcanzado. Además, aquellos que reportaron ser casados, divorciados o viudos presentaron prevalencias mas bajas de no tener cobertura médica que los otros estados maritales.

Por otra parte, en el nivel socioeconómico de mayores de \$50,000 se encontraron prevalencias altas de cobertura médica que fluctuaron entre 99.9% y 93.9%.

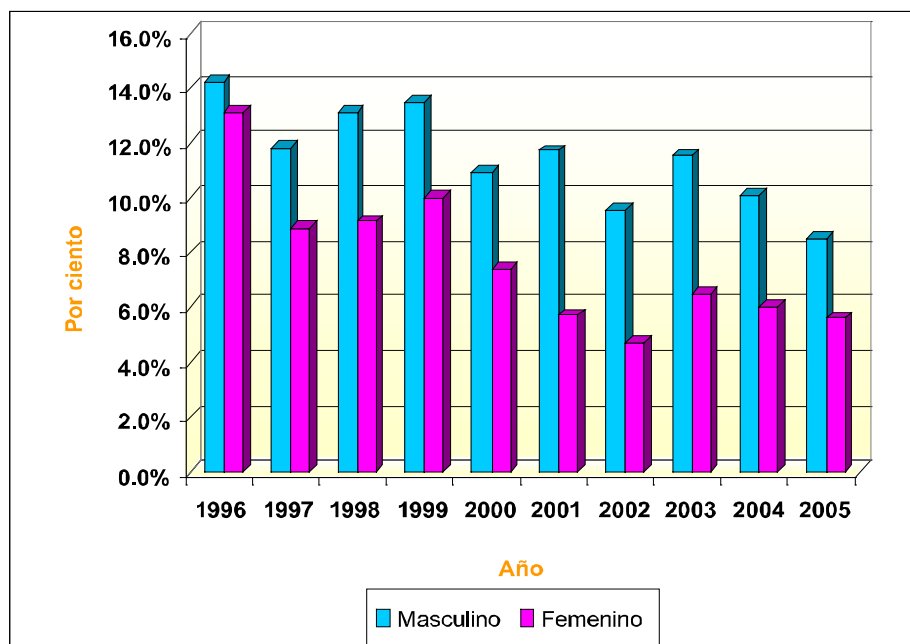
Los Objetivos Gente Saludable 2010 tienen como meta una cobertura médica de 100% de los residentes de los Estados. Sin embargo, la cobertura médica observada en Puerto Rico (93%) se encuentra muy cercana a la meta del Objetivo Gente Saludable 2010.



Prevalencia de Falta de Cobertura Médica en Puerto Rico 2001-2005



Prevalencia de Falta de Cobertura Médica por Género en Puerto Rico 2001-2005



Prevalencia de Falta de Cobertura Médica en Puerto Rico 2001-2005

	Masculino	Femenino	Total
1996	14.2%	13.1%	13.6%
1997	11.8%	8.9%	10.3%
1998	13.1%	9.1%	11.0%
1999	13.5%	10.0%	11.7%
2000	10.9%	7.4%	9.0%
2001	11.7%	5.7%	8.5%
2002	9.5%	4.7%	7.0%
2003	11.5%	6.5%	8.8%
2004	10.1%	6.0%	7.9%
2005	8.5%	5.6%	7.0%

3.4 Ejercicios y Actividad Física

La actividad física traducida debe ser parte de los Estilos de Vida Saludable y juega un papel importante en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. La inactividad física es un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedad cardíaca coronaria, obesidad, alta presión sanguínea, colesterol y diabetes⁶.

Los resultados de diversos estudios indican que las personas que modifican la falta de actividad física y comienzan actividad física tienen mayores probabilidades de una calidad de vida mejor y disminuir el riesgo de enfermedades crónicas⁶.

En términos de la falta de actividad física, se encontró que la prevalencia observada en los últimos años ha fluctuado entre un 45.2% y un 60.6%. La prevalencia observada a partir del año 2001 se encuentra por encima de 45%. Esto implica que casi la mitad de los puertorriqueños mayores de 18 años no realizan ningún tipo de actividad física.

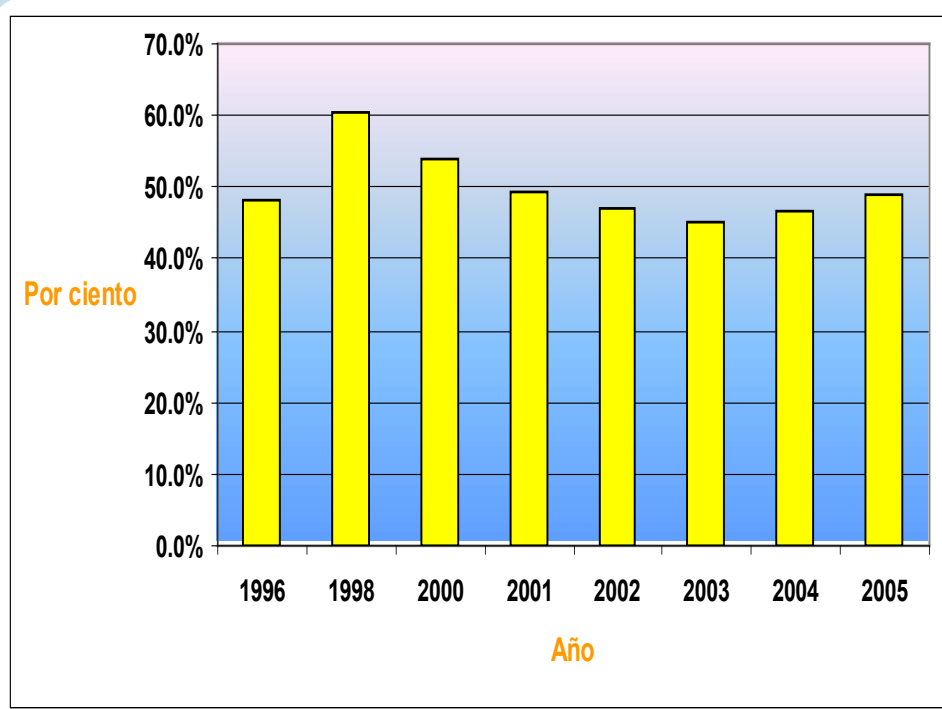
Al observar la distribución de la prevalencia por género, se encontró que las féminas tienen mayor prevalencia de inactividad física que los varones. Además, se observó a través de los años estudiados que la prevalencia aumentó a medida que aumentó la edad, el nivel de educación y el ingreso.

Por otra parte, la prevalencia de falta de actividad física aumentó en aquellos adultos que reportaron estar desempleados, retirados e incapacitados. Sin embargo, en el estado marital no se presentan diferencias importantes en la prevalencia exceptuando en el grupo de nunca casados.

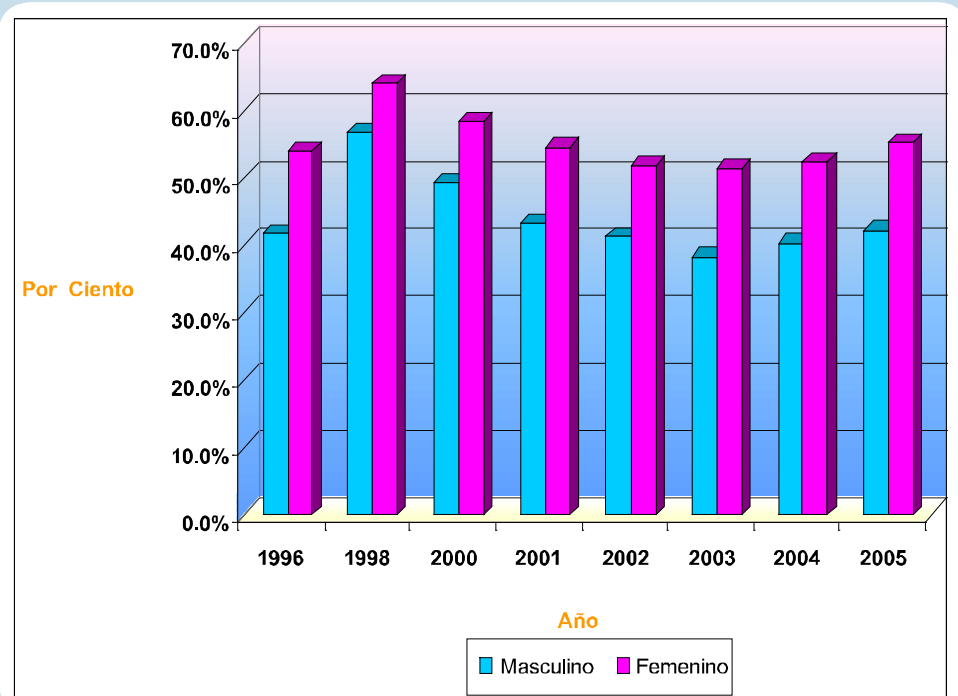
Los hallazgos sobre la falta de actividad física entre los adultos puertorriqueños presentan un reto desde el punto de vista de salud pública. Los objetivos del 2010 proponen la reducción de la prevalencia de adultos que no realizan ninguna actividad física de un 40% a un 20%.



Prevalencia de Inactividad Física en Adultos Mayores de 18 años en Puerto Rico - 1996-2005



Prevalencia de Inactividad Física por género en Adultos mayores de 18 años en Puerto Rico - 1996-2005



Prevalencia de Inactividad Física en Adultos Mayores de 18 años en Puerto Rico - 1996-2005

Ano	Masculino	Femenino	Total
1996	41.5%	53.9%	48.1%
1998	56.9%	63.9%	60.6%
2000	49.1%	58.5%	54.1%
2001	43.1%	54.6%	49.2%
2002	41.3%	51.8%	46.9%
2003	38.2%	51.4%	45.2%
2004	40.2%	52.3%	46.6%
2005	42.2%	55.1%	49.1%

3.5 Frutas y Vegetales

El consumo diario de productos vegetales, en cantidad suficiente y en una alimentación bien equilibrada, ayuda a evitar enfermedades graves, como las cardiopatías, los accidentes cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, así como deficiencias de importantes micronutrientes y vitaminas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) coloca el escaso consumo de fruta y hortalizas en sexto lugar entre los 20 factores de riesgo a los que atribuye la mortalidad humana, inmediatamente después de otros más conocidos, como el tabaco y el colesterol⁷.

Según una publicación reciente, existe un número creciente de evidencia científica que muestra que el consumo de frutas y vegetales es crítico para promover la buena salud. Las frutas y vegetales contienen vitaminas, minerales y fibra que pueden ayudar a proteger la salud contra enfermedades. Por lo tanto, es necesario aumentar la cantidad de frutas y vegetales que se consumen diariamente⁸.

Los objetivos Gente Saludable 2010 tienen como meta promover la salud y reducir las enfermedades crónicas asociadas a la dieta y el peso. Por lo que, propusieron el aumento en la prevalencia de personas que consumen por lo menos dos servicios diarios de fruta y tres servicios diarios de vegetales⁴.

Para el año 1996, 20.3% de los puertorriqueños reportaron consumir cinco o más porciones de frutas y vegetales. Sin embargo, la prevalencia reportada entre el año 2003 al 2005 se encontró entre 15.3% y 14.3%.

Por otro lado, la prevalencia de consumo de cinco o más porciones de frutas y vegetales es mayor en féminas que en varones. Este patrón

en la prevalencia ha sido observado en los últimos nueve años, aunque la prevalencia se ha prácticamente igualado en el año 2005. Además, según aumenta la edad aumenta la prevalencia reportada entre los puertorriqueños. Sin embargo, en el año 2005, el grupo de mayores de 65 años reportaron una prevalencia menor que en los años previos.

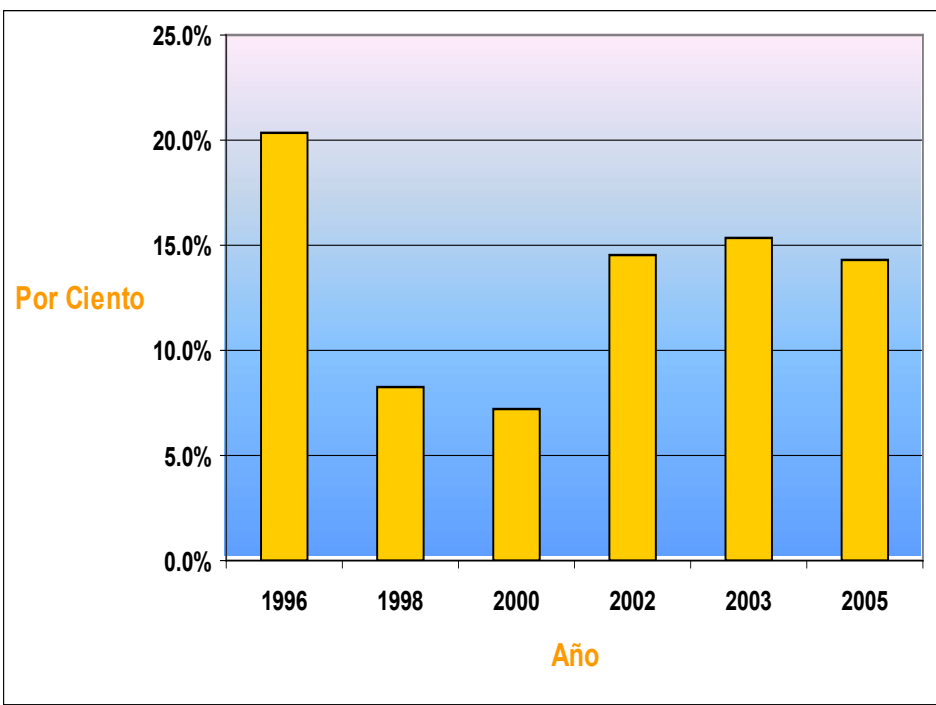
En términos de nivel educativo, en todos los años bajo estudio se encontró la mayor prevalencia de consumo de cinco o más porciones de frutas y vegetales entre aquellos puertorriqueños cuyo nivel de educación fue graduado seguido por aquellos que su nivel educativo fue de cuarto año.

Al observar el nivel de ingreso entre los entrevistados se encontró que la prevalencia de consumo de cinco o más porciones de frutas y vegetales en todos los niveles de ingreso fluctuó entre 10% y 22% para los años 2003 al 2005.

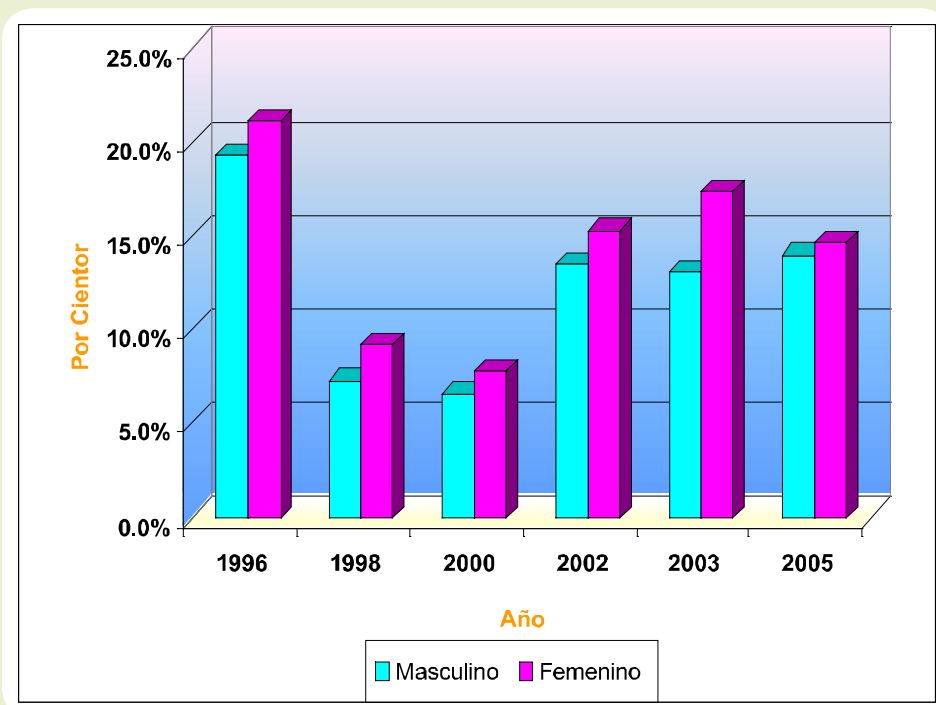
Los hallazgos de los últimos años en la prevalencia de consumo de cinco o más porciones de frutas y vegetales entre los puertorriqueños presentan un factor importante de riesgo para enfermedad crónica que debe ser atendido y reforzado dentro de la promoción y prevención de la salud.



Prevalencia de Consumo de Cinco o más porciones de Frutas y Vegetales en Adultos mayores de 18 años en Puerto Rico - 1996-2005



Prevalencia de Consumo de Cinco o más porciones de Frutas y Vegetales en adultos mayores de 18 años por Género Puerto Rico - 1996-2005



Prevalencia de Consumo de Cinco o más porciones de Frutas y Vegetales en Adultos
mayores de 18 años en Puerto Rico - 1996-2005

Año	Hombres	Mujeres	PR
1996	19.3%	21.2%	20.3%
1998	7.3%	9.2%	8.3%
2000	6.6%	7.8%	7.2%
2002	13.5%	15.3%	14.5%
2003	13.1%	17.3%	15.3%
2005	14.0%	14.6%	14.3%

3.6 Consumo de Tabaco

De acuerdo con la sociedad americana del cáncer, las enfermedades relacionadas con el hábito de fumar son la causa de fallecimiento que más se puede prevenir en nuestra sociedad. En la actualidad aproximadamente 45 millones de adultos fuman en Estados Unidos, y casi la mitad fallecerá prematuramente a causa de este hábito. Se calcula que en Estados Unidos la tasa anual de fallecimiento por causa del tabaco es de 438,000, o uno de cada cinco fallecimientos. El hábito de fumar representa al menos un 30 por ciento de todos los fallecimientos por cáncer y un 87 por ciento de los fallecimientos por cáncer del pulmón. También es la causa más importante de enfermedades del corazón, enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica y enfisema, y está relacionado con las úlceras gástricas⁹.

La prevalencia acumulada de consumo de tabaco observada entre los años 1996 y 2005 fluctuó entre 14.5% y 13.1%. Las prevalencias observadas presentan una tendencia a disminuir lentamente.

Al examinar la distribución por género se encontró que los varones presentan mayor prevalencia consumo de tabaco que las féminas. Además, la prevalencia de consumo de tabaco disminuye con el aumento en la edad de los encuestados. Los grupos de edad en que se observaron las prevalencias mayores fueron los de 25-34 años y 35-44 años. Además, no se encontró diferencias entre los fumadores por nivel educativo ya que los mismos presentaron prevalencias de consumo de tabaco similares.

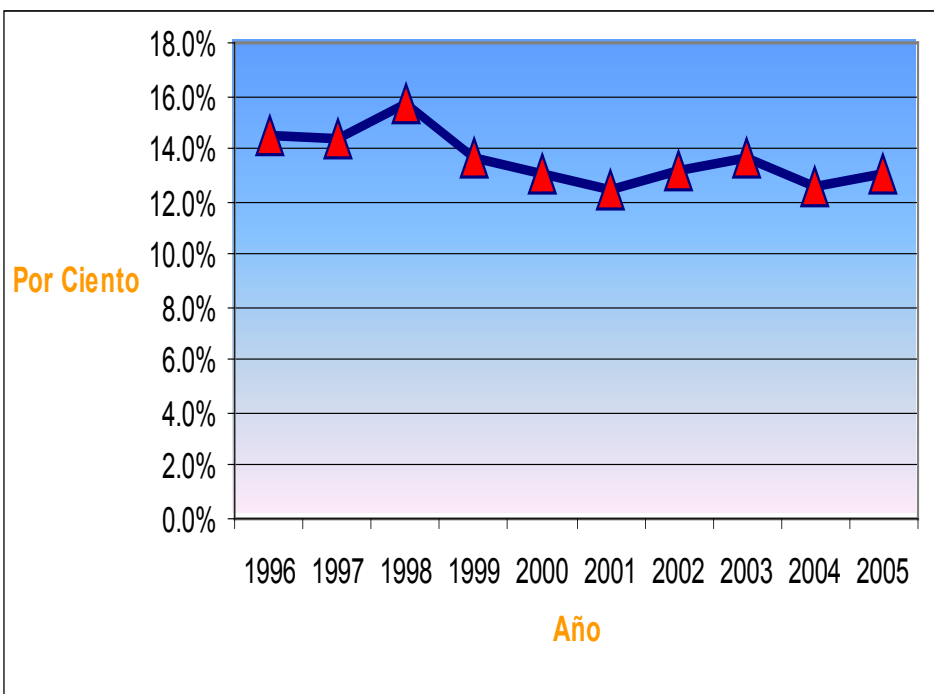
En términos del estado de empleo, aquellos entrevistados que reportaron estar desempleados por menos de un año y por más de un año presentaron prevalencias de consumo de tabaco entre 15% y 31%. Sin embargo, entre aquellos que reportaron ser estudiantes, empleado(a)s asalariada(o)s, trabajadores independientes, amas de casa o jubilado(a)s se encontraron prevalencias de consumo de tabaco menores de 14%.

Por otra parte, en el año 2003 a medida que aumentó el ingreso los puertorriqueños presentaron prevalencia de consumo de tabaco. Sin embargo, esto no fue así para el año 2004 y 2005 donde la prevalencia de consumo de tabaco fue similar a través de todos los niveles de ingreso.

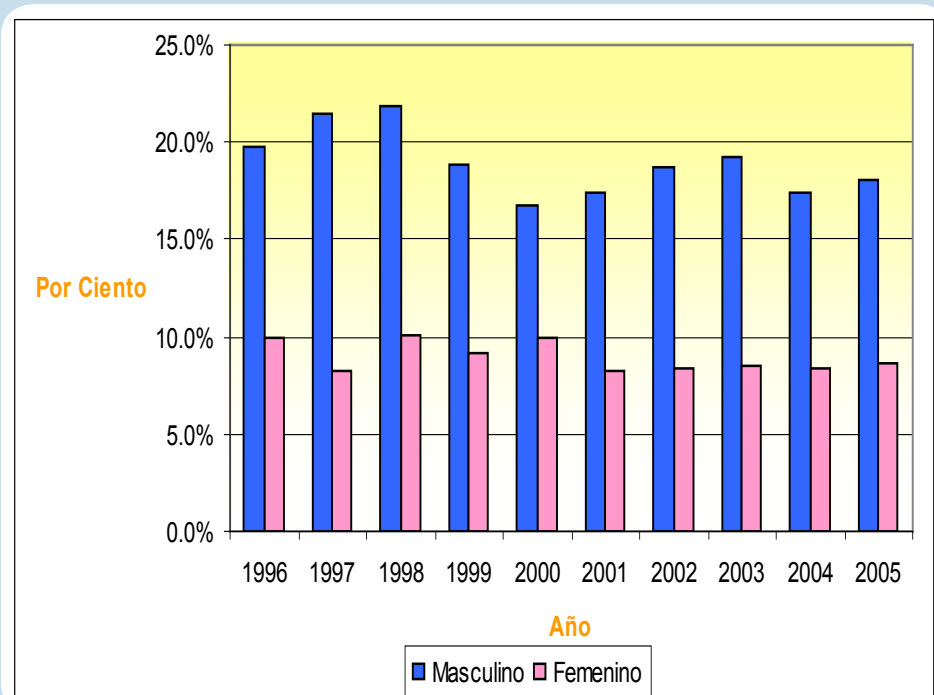
Los objetivos Gente Saludable 2010 tienen como meta reducir las enfermedades, discapacidad y muerte asociadas al uso de tabaco y a la exposición al humo de segunda mano. Por lo que, propusieron la reducción del uso de tabaco en adultos mayores de 18 años de 24% a 12%⁴. A partir de 1996, los puertorriqueños han reducido el consumo de tabaco en adultos mayores de 18 años de 14.5% a 13.1%.



Prevalencia de Consumo de Tabaco en Puerto Rico 1996-2005



Prevalencia de Consumo de Tabaco por Género en Puerto Rico 1996-2005



Prevalencia de Consumo de Tabaco en Puerto Rico 1996-2005

	Masculino	Femenino	Total
1996	19.8%	9.9%	14.5%
1997	21.5%	8.2%	14.4%
1998	21.9%	10.1%	15.7%
1999	18.9%	9.1%	13.7%
2000	16.8%	9.9%	13.1%
2001	17.4%	8.2%	12.5%
2002	18.7%	8.4%	13.2%
2003	19.3%	8.5%	13.6%
2004	17.4%	8.4%	12.6%
2005	18.0%	8.7%	13.1%

3.7 Consumo de Alcohol

(Ingesta excesiva de Alcohol en forma ocasional - "Binge Drinking")

La ingesta excesiva de alcohol en forma ocasional ("Binge Drinking") es un patrón de consumo excesivo de bebidas alcohólicas en los Estados Unidos. El Instituto Nacional del Abuso del Alcohol y Alcoholismo define ingesta excesiva de alcohol en forma ocasional como un patrón de consumo de bebidas alcohólicas en el que las concentraciones de alcohol en la sangre (BAC) es mayor o igual de 0.08 gramos/por ciento. En la mayoría de los casos, este patrón ocurre cuando un hombre consume cinco o más tragos o cuando una mujer consume cuatro o más tragos en un período de dos horas¹⁰.

Según el Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC), la ingesta excesiva de alcohol en forma ocasional ("Binge Drinking") ha sido asociada a diferentes problemas de salud y lesiones. Entre los problemas de salud reportados se encuentran el envenenamiento con alcohol, enfermedades del hígado, daños neurológicos, enfermedades de transmisión sexual, disfunción sexual, enfermedades cardiovasculares, entre otras. Por otra parte, los accidentes de automóviles, asaltos sexuales, violencia doméstica, caídas, quemaduras entre otras han sido algunos tipos de lesiones intencionales y no intencionales asociadas a este estilo de vida¹¹.

Durante los años 1997 al 2005, la prevalencia de consumo excesivo de alcohol en forma ocasional ("binge drinking") fluctuó entre 10.9% y 15.2%. En los años estudiados, la prevalencia observada de este estilo de vida ha ido en aumento en la Isla.

En términos del género, las féminas reportaron prevalencias menores de consumo excesivo de alcohol que los varones. La diferencia observada entre géneros se observó en todos los años

estudiados. Además, la prevalencia consumo excesivo de alcohol en forma ocasional ("binge drinking") disminuyó a medida que aumentó la edad de los puertorriqueños. Las edades donde se observó la prevalencia mayor de consumo excesivo de alcohol en forma ocasional ("binge drinking") fueron en los grupos menores de 34 años de edad. Este hallazgo es consistente en los años estudiados.

Por otra parte, el ingreso y el nivel de educación son variables importantes en el consumo excesivo de alcohol en forma ocasional ("binge drinking"). Al observar el nivel de educación e ingreso de los puertorriqueños en los últimos años se encontró que a mayor educación e ingreso mayor fue la prevalencia observada de consumo excesivo de alcohol en forma ocasional ("binge drinking").

Al evaluar el estado civil de los que informaron consumo excesivo de alcohol en forma ocasional ("binge drinking"), se encontró que aquellos que su estado civil era divorciado, viudo o soltero tenían una mayor prevalencia de consumo excesivo de alcohol en forma ocasional ("binge drinking") que el resto de los estados maritales.

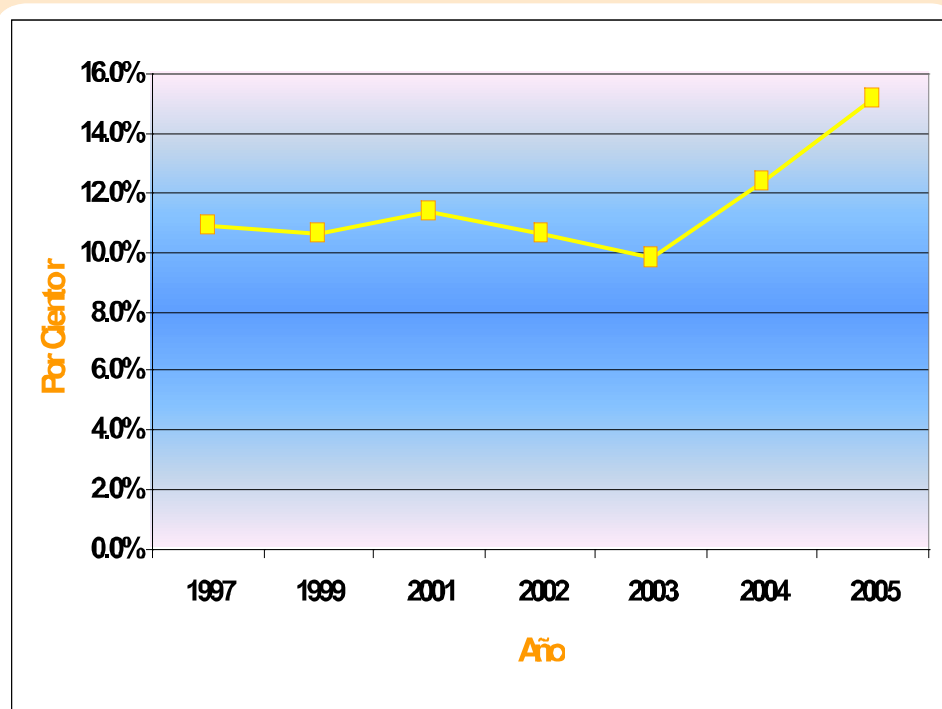
Un hallazgo interesante encontrado consistió en que aquellos puertorriqueños que informaron ser estudiantes o empleados independientes presentaron prevalencias altas de informaron consumo excesivo de alcohol en forma ocasional ("binge drinking").

El Objetivo 26-11 de Gente Saludable 2010 propone la reducción de la prevalencia de consumo excesivo de alcohol en forma ocasional ("binge drinking") de 24.3% a 13.4% en adultos mayores de 18 años. Los puertorriqueños han presentado prevalencias que fluctúan entre 10.9% y 15.2%. Sin embargo, en los dos grupos de edad (18-24

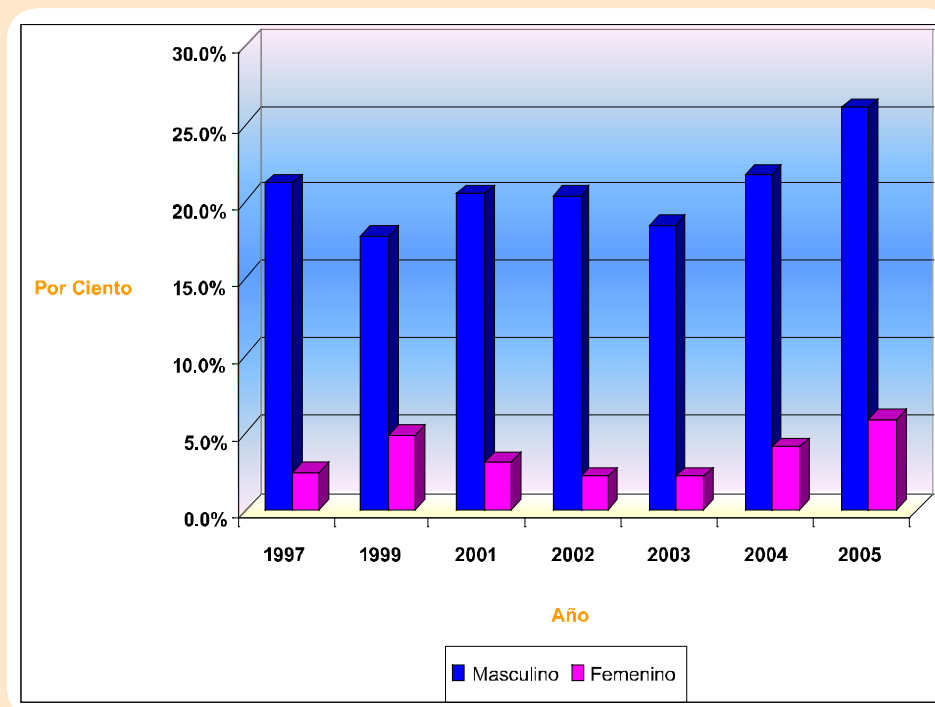
& 25-34 años) se han observado prevalencias de consumo excesivo de alcohol en forma ocasional que exceden el 20%. En el último año, la prevalencia observada excede el valor del Objetivo Gente Saludable 2010⁴.



Prevalencia de Consumo de Bebidas Alcohólicas en Puerto Rico por Genero 1997-2005



Prevalencia de Consumo de Bebidas Alcohólicas en Puerto Rico por Género -1997-2005



Prevalencia de Consumo de Bebidas Alcohólicas en Puerto Rico por Genero 1997-2005

Año	Varones	Feminas	Total
1997	21.1%	2.4%	10.9%
1999	17.7%	4.8%	10.6%
2001	20.4%	3.2%	11.3%
2002	20.3%	2.2%	10.6%
2003	18.5%	2.2%	9.8%
2004	21.7%	4.1%	12.3%
2005	26.1%	5.9%	15.2%

3.8 Cernimiento de Cáncer de Cuello Uterino

El cernimiento de cáncer de cuello uterino a través de la Prueba de Papanicolau (PAP) detecta cambios importantes en las células del cuello del útero. Según las recomendaciones del Instituto del Cáncer, este cernimiento debe realizarse anualmente o cada 2 años dependiendo cada caso para prevenir el desarrollo de cáncer de cuello uterino. El cernimiento debe comenzar tres años después que una mujer comience a estar activa sexualmente pero no mas tarde de los 21 años¹⁴.

En los años 1996 al 2004, se les preguntó a las entrevistadas si se habían realizado una Prueba de Papanicolau (Prueba PAP) y cuanto tiempo hacía que no realizaban esta prueba. Aquellas mujeres que no se habían realizado la Prueba PAP en los últimos tres años son consideradas a mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino. Para los años 1996 a 2004, las mujeres puertorriqueñas han presentado una prevalencia de no haberse realizado la Prueba de Papanicolau (Prueba PAP) que fluctuó entre 29.8% y 27.5%. Esta prevalencia presenta una tendencia a disminuir lentamente en los años estudiados.

El cambio porcentual observado desde el año 1996 hasta el año 2004 en la prevalencia de haberse realizado la Prueba PAP en los últimos tres fue de 3.56%. Este valor refleja un aumento gradual en la prevalencia de cernimiento de cáncer de cuello uterino en los últimos años entre las mujeres de Puerto Rico.

Al examinar los grupos de edad a los que pertenecían las entrevistadas a través de los diferentes años de estudio, se encontró que la prevalencia de no realizarse la Prueba PAP en los últimos

tres años en el grupo de edad de 18 a 24 años fluctuó entre 61.3% y 57%¹⁵. Este grupo de edad presentó prevalencias consistentemente mayores que el resto de los grupos de edad estudiados. Sin embargo, aquellas mujeres entre 25 a 54 años de edad presentaron prevalencias de realizarse la Prueba PAP por encima del 80%.

En términos del estado de empleo, aquellas mujeres que reportaron ser estudiantes presentaron prevalencias de no realizarse la Prueba de PAP por encima de 50%. Sin embargo, en aquellas mujeres que reportaron ser empleadas asalariadas, trabajadoras independientes, amas de casa o jubiladas se encontraron prevalencias menores de 24% de no realizarse la Prueba de PAP.

Esto coincide con el hallazgo de que mujeres jóvenes que pueden o no estar sexualmente activas no se perciben a riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino.

Por otro lado, los Objetivos Gente Saludable 2010 tienen como meta que el 90% de mujeres mayores de 18 años sexualmente activas se hayan realizado una Prueba PAP en los últimos tres años¹⁶. Las mujeres puertorriqueñas presentaron para el año 2004 una prevalencia de 72.5% de haberse realizado una Prueba PAP en los últimos tres años. La prevalencia de Puerto Rico se encuentra 17.5% por debajo de la meta de Gente Saludable 2010.



Prevalencia de Falta de Cernimiento en los últimos 3 años para Cáncer Cervico-uterino en Puerto Rico

	Varones	Feminas	Total
1996	n/a	29.8%	29.8%
1997	n/a	28.2%	28.2%
1998	n/a	31.0%	31.0%
1999	n/a	26.9%	26.9%
2000	n/a	27.3%	27.3%
2002	n/a	26.7%	26.7%
2004	n/a	27.5%	27.5%

3.9 Cernimiento Cáncer de Mamas

El cáncer de seno es la segunda causa de muerte entre las mujeres puertorriqueñas en los últimos años. El cernimiento de cáncer de mamas se realiza como medida preventiva antes de que aparezcan signos y síntomas de la enfermedad. Las pruebas de cernimiento recomendadas por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) son la mamografía, el examen clínico de las mamas y el auto-examen. Usualmente, la mamografía es el mejor método de detectar el cáncer de mamas en etapas tempranas¹⁵.

Según el Instituto del Cáncer, el realizar la mamografía en mujeres entre 40 y 70 años de edad disminuye la mortalidad por cáncer de mamas¹⁵. Para el año 2004, la prevalencia de mujeres puertorriqueñas mayores de 40 años que se realizaron la mamografía en los últimos dos años fue de 71.1%.

En los últimos años, la prevalencia de mujeres que se realizan la mamografía ha aumentado de 59.7% en el año 1996 a 71.1% en el 2004. El cambio porcentual observado desde el año 1996 hasta 2004 fue de 19.1%.

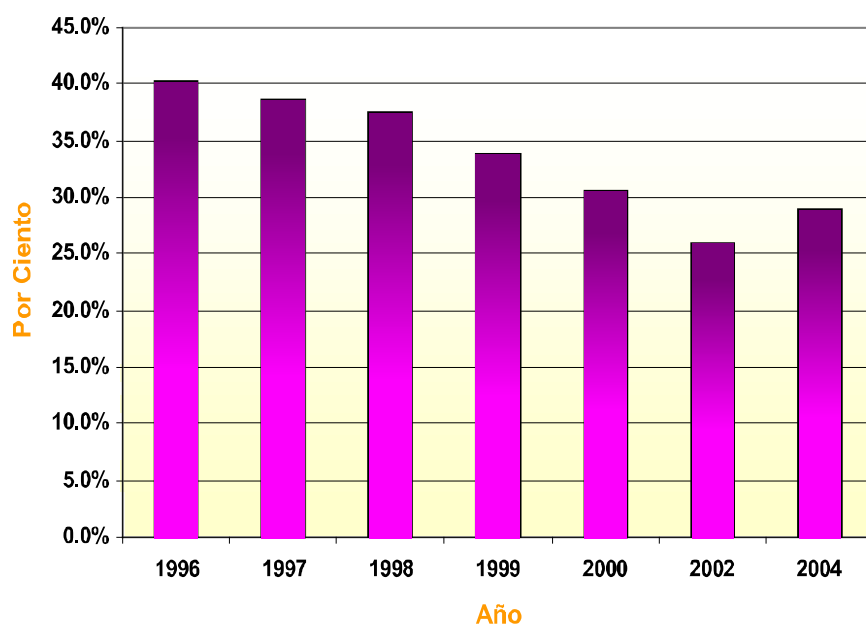
Por otro lado, se ha observado una disminución en la prevalencia de mujeres mayores de 40 años que no se realizaron mamografía en los últimos dos años previos a la entrevista. Además, las características más relevantes de las mujeres que no se realizaron mamografías como método de cernimiento fueron aquellas mujeres el grupo

de edad de 40 a 44 años y que reportaron haber obtenido un grado de educación menor que cuarto año de escuela superior.

Los Objetivos Gente Saludable 2010 tienen como meta que 70% de las mujeres mayores de 40 años se realicen una mamografía por lo menos cada dos años⁴. A partir del año 2002, Puerto Rico ha cumplido con la meta de Gente Saludable 2010.



Prevalencia de Falta de Cernimiento en los últimos 2 años para Cáncer de Mamas en mujeres mayores de 40 años



3.9 Cernimiento Cáncer de Mamas

	Varones	Feminas	Total
1996	n/a	40.3%	40.3%
1997	n/a	38.6%	38.6%
1998	n/a	37.5%	37.5%
1999	n/a	33.8%	33.8%
2000	n/a	30.5%	30.5%
2002	n/a	26.0%	26.0%
2004	n/a	28.90%	28.90%

3.10 Cernimiento Cáncer Próstata

El cáncer de próstata es el tipo de cáncer más común entre los hombres, según el Instituto Nacional del Cáncer. Para el año 2004, la tasa de mortalidad por cáncer de próstata entre los hombres puertorriqueños fue de 13.2 por 100,000 habitantes. Este tipo de cáncer puede ser diagnosticado en por lo menos una quinta parte de los hombres de EU durante su vida y solamente 3% de los diagnosticados se espera que muera de la enfermedad¹⁶. Las pruebas de cernimiento utilizadas para la detección temprana del cáncer de próstata son la Prueba de Antígenos Prostáticos (PSA) y el examen clínico digito-rectal.

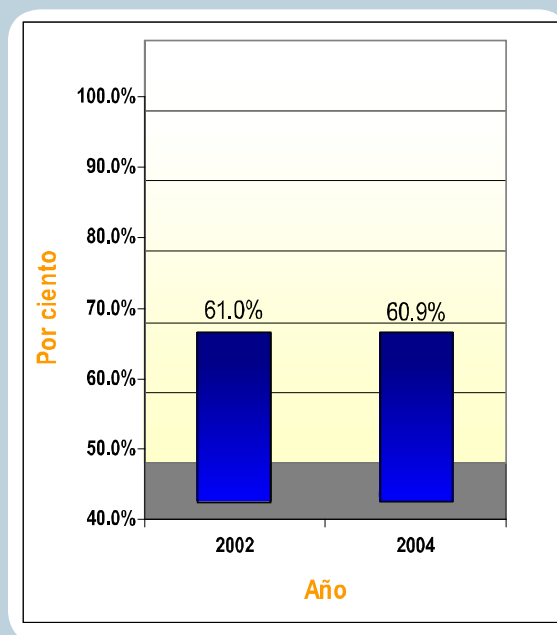
En el año 2004, la prevalencia de hombres mayores de 40 años que se han realizado la Prueba de Antígenos Prostáticos (PSA) para cáncer de próstata en Puerto Rico fue de 60.9%. En hombres mayores de 40 años, la prevalencia de haberse realizado la Prueba de Antígenos Prostáticos (PSA) aumentó a proporcional al aumento en la edad de los entrevistados. Sin embargo, la prevalencia en los varones que se hicieron el cernimiento fue mayor en aquellos que poseían niveles de educación menores de escuela superior. En el grupo de varones que no se habían realizado la Prueba de Antígenos Prostáticos (PSA), la prevalencia fue de 39.1%. Los hombres en el grupo de 40 a 54 años de edad presentaron la prevalencia mayor de no realizarse el PSA que los mayores de 55 años.

Por otro lado, aquellos hombres que reportaron vivir en pareja sin estar casados presentaron la prevalencia más alta de cernimiento de cáncer de próstata a través del uso de la Prueba PSA. En el grupo que no se había realizado el PSA, los divorciados y nunca casados reportaron prevalencia más altas que los casados y que viven en pareja.

Los Objetivos Gente Saludable 2010 tienen como meta disminuir la tasa de muertes de cáncer de próstata de 31.3 por 100,000 habitantes a 28.2 por 100,000 habitantes⁴. Según el Informe "Healthy People 2010: Midcourse Review", el objetivo de cáncer de próstata ha tenido 10% de mejoría dentro de la meta propuesta.



Prevalencia de Cernimiento par Cáncer de Próstata en varones mayores de 40 años en Puerto Rico



Prevalencia de Cernimiento par Cáncer de Próstata en varones mayores de 40 años en Puerto Rico

	Masculino	Femenino	Total
2002	61.0%	n/a	61.0%
2004	60.9%	n/a	60.9%

3.11 Cernimiento Cáncer Colorectal

El Cáncer Colorectal es uno de los cánceres que contribuye con un número considerable de muertes en Puerto Rico. En el año 2004, la tasa de mortalidad por esta causa fue de 12.4 por cada 100,000 habitantes. El cernimiento en adultos debe comenzar a los 50 años, esto es clave para prevenir este tipo de cáncer¹⁷. Además, el U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) y otras agencias federales, concuerdan en que el cernimiento puede reducir el número de personas que mueren por cáncer colorectal hasta en un 60%¹⁸. El cernimiento para cáncer colorectal se hace a través de uno o más de las siguientes: pruebas de sangre oculta, sigmoidoscopia y colonoscopia.

A pesar de la existencia de una prueba de sangre oculta para el hogar, un 96.5% de los puertorriqueños mayores de 50 años no utilizaron la misma como método de cernimiento para cáncer colorectal.

Sin embargo, la prevalencia de los adultos mayores de 50 años que se realizaron por lo menos una sigmoidoscopia/colonoscopia en el año 2004 fue de 33.6%. Al comparar la prevalencia obtenida en Puerto Rico con la de los Estados Unidos se encontró que la prevalencia de cernimiento en Puerto Rico (33.6%) es menor que la de Estados Unidos (53.5%). Entre los 50 estados y territorios Puerto Rico presentó la prevalencia mas baja de los adultos mayores de 50 años que se realizaron por lo menos una sigmoidoscopia/colonoscopia en el año 2004.

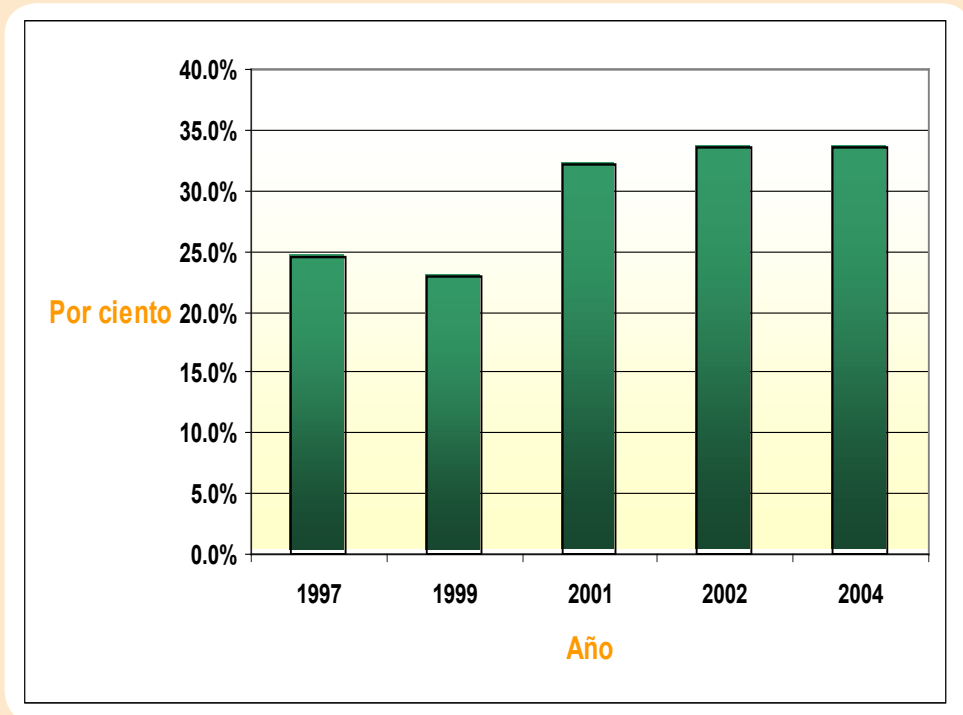
Al examinar la distribución por género se encontró que 34.1% fueron féminas y 32.9% fueron varones. Además, la prevalencia del cernimiento de cáncer colorectal aumenta con el aumento en la edad y la escolaridad de los encuestados y se mantiene igual en términos del ingreso.

Cuando se calculó el cambio porcentual para la prevalencia de cernimiento para cáncer de colon y recto a través de la sigmoidoscopia/colonoscopia del año 1997 al 2004, se encontró un aumento de 37.1% en la prevalencia.

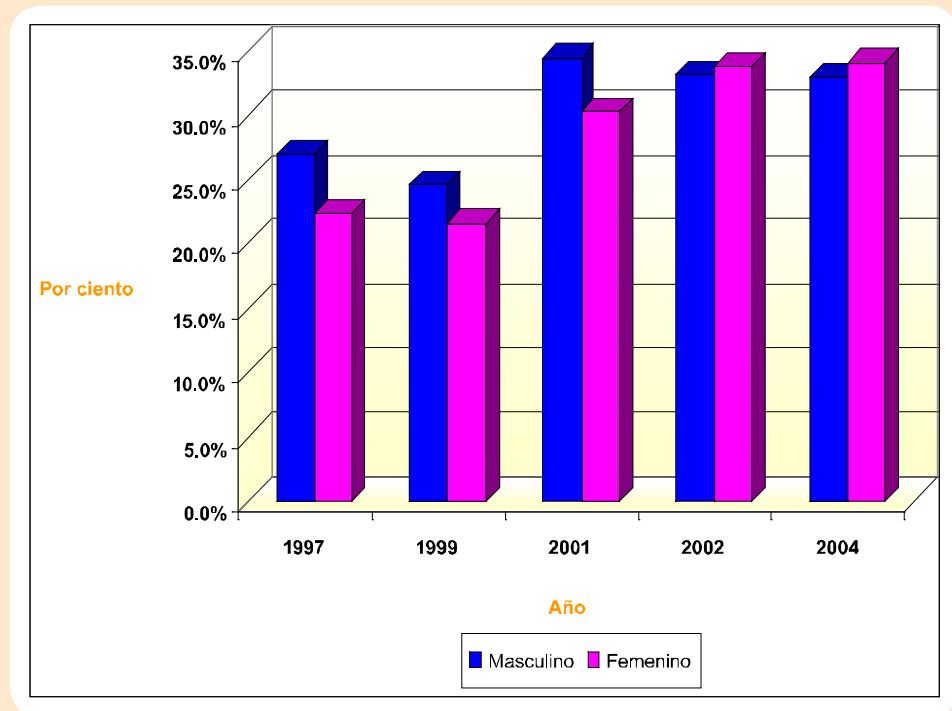
Los Objetivos Gente Saludable 2010 tienen como meta que 50% de los adultos mayores de 50 años se realicen por lo menos una sigmoidoscopia/colonoscopia⁴. Los puertorriqueños presentaron para el año 2004 una prevalencia de 33.6% de haberse realizado una sigmoidoscopia/colonoscopia. La prevalencia de cernimiento de cáncer colorectal de Puerto Rico se encuentra 16.4% por debajo de la meta de Gente Saludable 2010.



Prevalencia de Adultos mayores de 50 años que se han realizado colonoscopia/sigmoidoscopia,
Puerto Rico – 1997-2004



Prevalencia de adultos mayores de 50 años que se han realizado colonoscopia/sigmoidoscopia por Género,
Puerto Rico – 1997-2004



Prevalencia de adultos mayores de 50 años que se han realizado colonoscopia/sigmoidoscopia por Género,
Puerto Rico – 1997-2004

	Masculino	Femenino	Total
1997	27.1%	22.3%	24.5%
1999	24.5%	21.6%	22.9%
2001	34.5%	30.3%	32.2%
2002	33.2%	33.8%	33.5%
2004	32.9%	34.1%	33.6%

3.12 Diabetes

La Diabetes es un grupo de enfermedades caracterizadas por altos niveles de glucosa en la sangre como resultado de defectos en la producción de insulina, la acción de la insulina o ambos⁹. En los últimos años, la Diabetes se ha mantenido entre las primeras causas de muerte en Puerto Rico. Entre las secuelas de la diabetes se encuentran las neuropatías, retinopatías, enfermedades renales y enfermedades cardiovasculares. Estas secuelas pueden disminuirse considerablemente con medidas de control para la diabetes.

La tendencia de la prevalencia observada para diabetes ha ido cambiando. En el periodo que comprendido entre los años 1996 al 2000 se observó una disminución en la prevalencia de diabetes que alcanzó 8.5%. A partir del año 2001, la prevalencia de diabetes comienza a aumentar de 9.8% hasta alcanzar una prevalencia de 12.7% en el año 2005. Al calcular el cambio porcentual para el periodo 1996-2000 se observó una disminución de 21.2% en la prevalencia de diabetes. Para el periodo 2001-2005, el cambio porcentual para la prevalencia de diabetes presentó un aumento de 27.5%. Sin embargo, un aumento de 15.7% fue el cambio porcentual observado para el periodo comprendido entre los años 1996 al 2005.

Por otro lado, la prevalencia de diabetes es mayor en féminas que en varones. Este patrón en la prevalencia ha sido observado en los últimos nueve años. Además, según

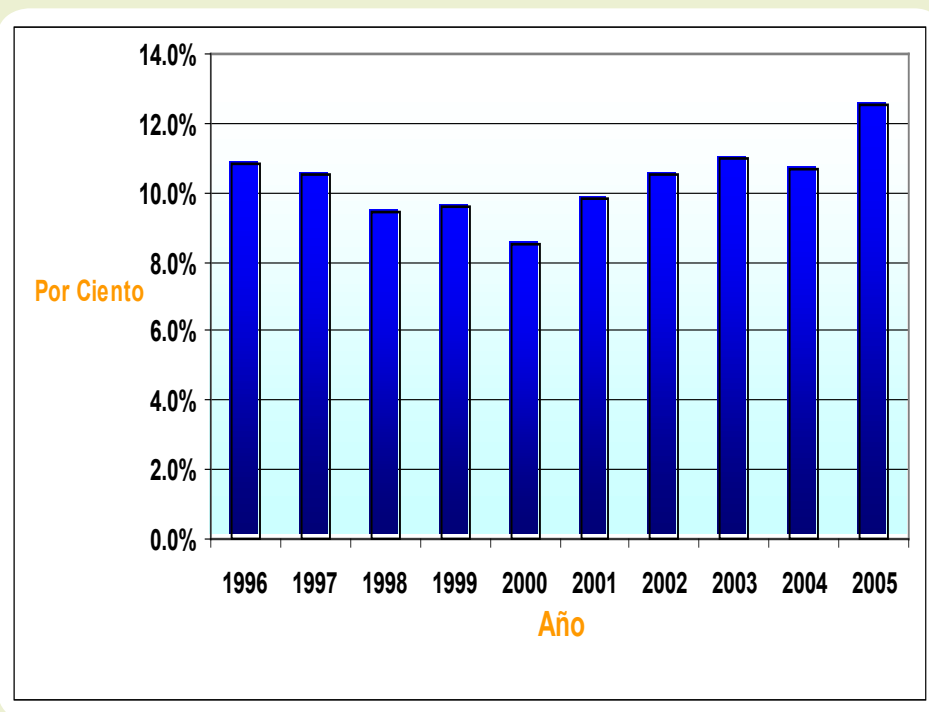
aumenta la edad aumenta la prevalencia reportada entre los puertorriqueños. Para los años 2003 al 2005, el grupo de edad mayores de 65 años presenta una prevalencia de 28.6%, 23.5% y 31.8%, respectivamente mientras que los grupos de entre 18 y 24 y 25-34 años presentaron prevalencias por debajo del 3% para los años reportados.

En términos de nivel educativo, en todos los años bajo estudio se encontró la mayor prevalencia entre aquellos puertorriqueños cuyo nivel de educación fue menor de escuela superior.

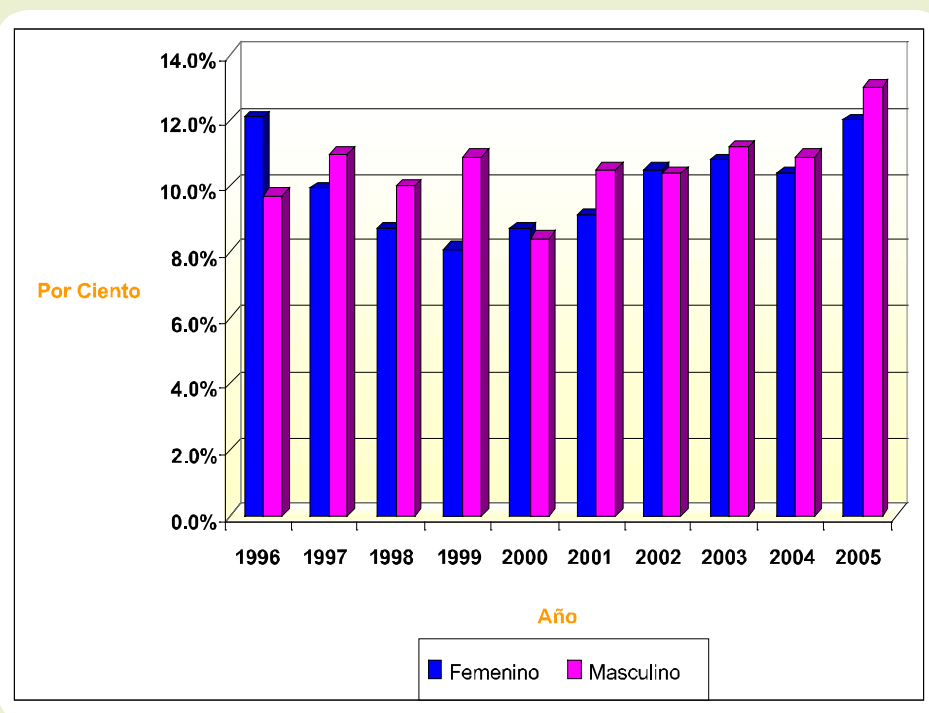
Los Objetivos Gente Saludable 2010 tienen como meta una reducción en la tasa general de diabetes que ha sido clínicamente diagnosticada y un aumento en la proporción de adultos mayores de 18 años que se realizan por lo menos una vez al año la prueba de hemoglobina glicosilada(A1C)⁴.



Prevalencia de Diabetes en Adultos mayores de 18 años , Puerto Rico - 1996-2005



Prevalencia de Diabetes en Adultos mayores de 18 años por género, Puerto Rico 1996-2005



Prevalencia de Diabetes en Adultos mayores de 18 años , Puerto Rico - 1996-2005

Año	Masculino	Femenino	Total
1996	12.1%	9.7%	10.8%
1997	9.9%	11.0%	10.5%
1998	8.7%	10.0%	9.4%
1999	8.1%	10.9%	9.6%
2000	8.7%	8.4%	8.5%
2001	9.1%	10.5%	9.8%
2002	10.5%	10.4%	10.5%
2003	10.8%	11.2%	11.0%
2004	10.4%	10.9%	10.7%
2005	12.0%	13.0%	12.5%

3.13 Hipertensión

La hipertensión es otro nombre para alta presión arterial. Esta condición es un problema común de salud que afecta alrededor de 50 millones de personas en los Estados Unidos de América. La alta presión es peligrosa porque no envía avisos en forma de signos o síntomas. La hipertensión puede llevar a otros problemas de salud e incluso la muerte²⁰. La alta presión arterial ha sido asociada a enfermedades del corazón, enfermedades renales e infartos cerebrovasculares. Las tasas de hipertensos no controlados en hombre y mujeres varían por estados y lugares de residencia.

Según Lawes y Asociados (2001), la mayoría de la carga causada por la hipertensión proviene de países de ingresos moderados y bajos, por personas de edad media y personas con pre-hipertensión²¹. El Instituto Nacional de la Salud (NIH), promociona programas educativos para ayudar a las personas a evitar los efectos de la hipertensión²².

Los datos sobre prevalencia de hipertensión o presión arterial alta se recogen en años impares desde 1997. La prevalencia evaluada en los últimos años ha aumentado gradualmente. En el 1997, se observó una prevalencia de 20.9% mientras que en el año 2005 la prevalencia fue de 31.2%. Al calcular el cambio porcentual, de los años 1997 al 2001 y de los años 2001 al 2005 se encontró que el mismo fue de 19.7% y 18.2%, respectivamente. En ambos periodos de tiempo, se observó un incremento en la prevalencia de hipertensión entre los puertorriqueños.

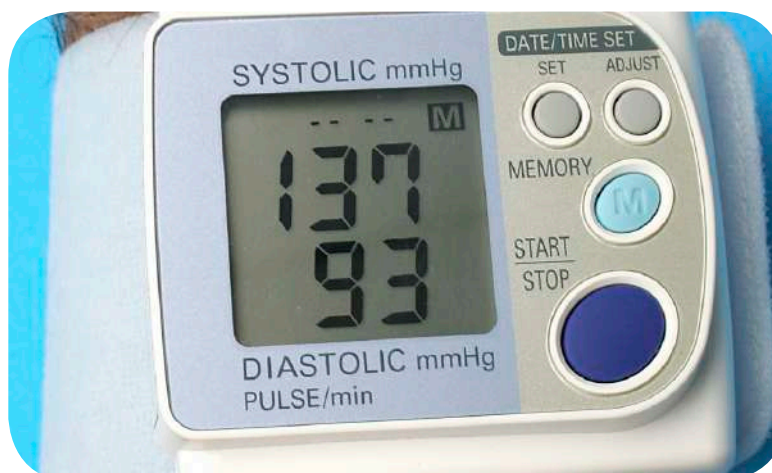
En términos de la prevalencia por género, las féminas presentaron mayor prevalencia de hipertensión

arterial que los varones en los años 1997 al 2003. Sin embargo, en el 2005 la prevalencia de presión arterial alta o hipertensión fue mayor en el género masculino.

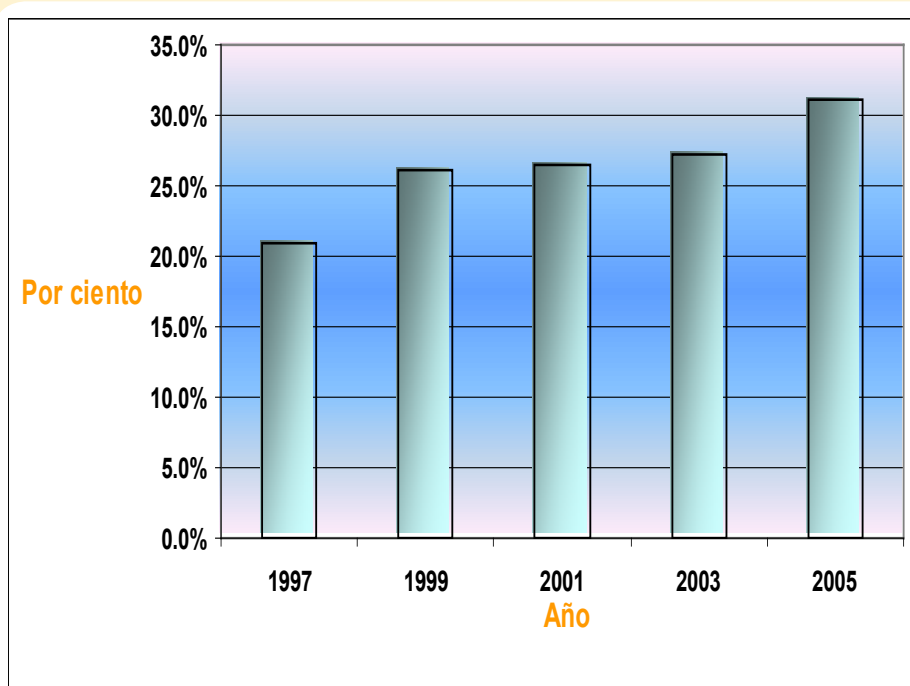
Por otra parte, a medida que aumentó la edad aumenta la prevalencia de hipertensión arterial observada. Este hallazgo fue consistente tanto para el año 2003 como para el año 2005. Además, el 46% de los hipertensos reportaron un nivel educativo de escuela elemental o menor. Aunque el resto de los niveles de educación presentaron prevalencias de hipertensión similares.

Al observar el estado marital, la prevalencia de hipertensión mayor se observó en aquellos que reportaron ser viudos, seguidos por los divorciados y luego los casados.

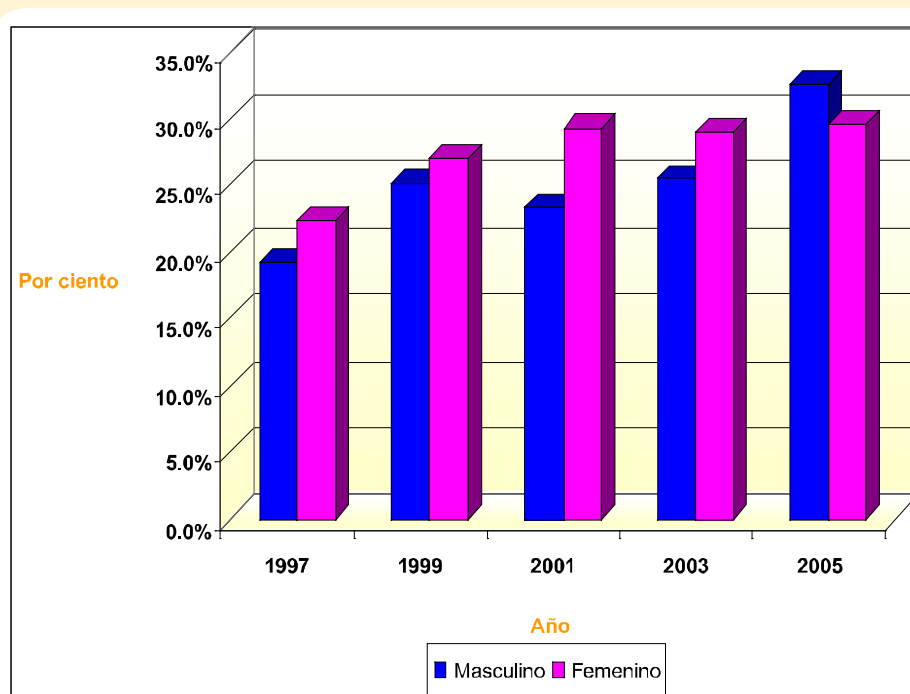
Los hallazgos de los años 2003 y 2005 presentan un aumento en la prevalencia de hipertensión entre los puertorriqueños. Los objetivos 2010 pretenden que la proporción de adultos con alta presión arterial se reduzca de 26% a 14%⁴. Sin embargo, otras medidas como lo son el control de la hipertensión y tomar medidas para controlar la hipertensión son parte de los objetivos 2010 relacionados con la misma. El punto mas importante de estos objetivos es el de aumentar la prevalencia de adultos a los cuales su presión arterial haya sido medida y puedan decir si su presión es normal o alta.



Prevalencia de Hipertensión Arterial en Puerto Rico 1997-2005



Prevalencia de Hipertensión Arterial en Puerto Rico por Género, 1997-2005



Prevalencia de Hipertensión Arterial en Puerto Rico 1997-2005

	Masculino	Femenino	Total
1997	19.2%	22.3%	20.9%
1999	25.2%	27.1%	26.2%
2001	23.3%	29.3%	26.4%
2003	25.5%	29.0%	27.3%
2005	32.6%	29.6%	31.2%

3.14 Asma

El Asma es una enfermedad respiratoria crónica. En los últimos veinte años, se ha observado un aumento en la prevalencia de asma tanto en Estados Unidos como en Puerto Rico²³. A través de diversos estudios, el asma ha sido asociada con factores familiares, alérgenos, estatus socioeconómico, factores psicológicos y ambientales. La morbilidad y mortalidad asociada a la misma puede ser prevenida a través de tratamiento médico, control de factores ambientales y autocuidado²⁴.

El asma es una enfermedad compleja que requiere de una solución multisectorial y a largo plazo. Esto incluye la educación, el tratamiento, la prestación de cuidados médicos continuos y la vigilancia de las personas con la enfermedad²⁵.

La prevalencia acumulada de asma observada entre los años 2000 y 2005 fluctuó entre 15.9% y 19.3%. Las prevalencias observadas no presentan una tendencia a disminuir. Sin embargo, la prevalencia acumulada de asma se mantiene por encima de 15% siendo este valor mayor que la prevalencia a nivel nacional.

Al examinar la distribución por género se encontró que las féminas presentan mayor prevalencia acumulada de asma que los varones. Además, la prevalencia acumulada de asma disminuye con el aumento en la edad de los encuestados. Los grupos de edad en que se observaron las prevalencias mayores fueron los de 18-24 años y 25-34 años. Estos hallazgos son consistentes a través de los años estudiados.

Además, el 22.5% de los asmáticos reportaron un nivel educativo de algún grado universitario. Aunque el resto de los niveles de educación presentaron prevalencias de asma similares.

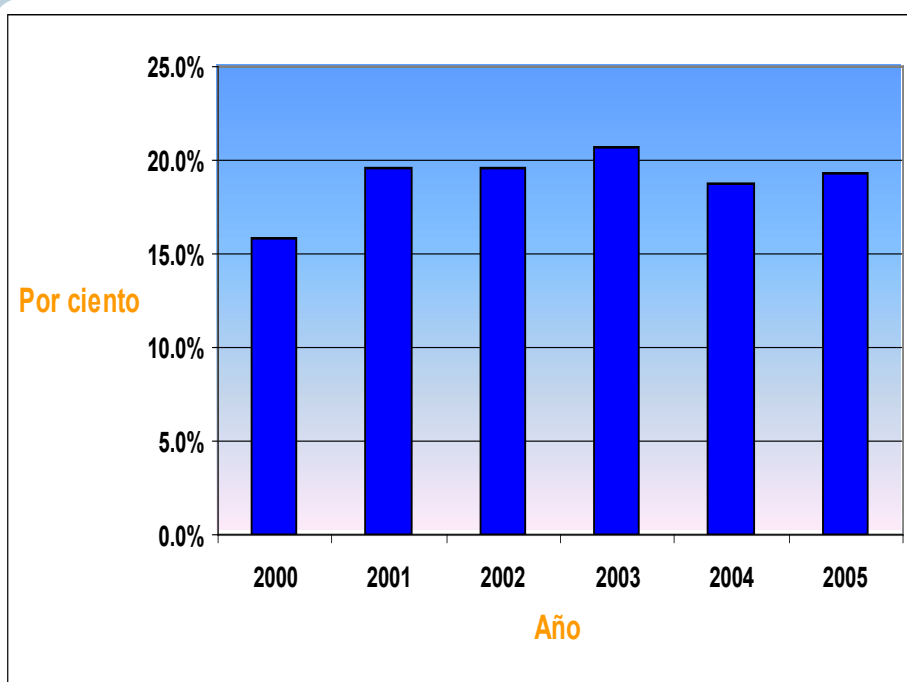
En términos del estado de empleo, aquellos entrevistados que reportaron estar desempleados por menos de un año presentaron prevalencias de asma de entre 29.2% y 25.5%. Sin embargo, entre aquellos que reportaron ser estudiantes, empleadas asalariadas, trabajadoras independientes, amas de casa o jubilados se encontraron prevalencias acumuladas de asma menores de 24%.

Por otra parte, los puertorriqueños con ingresos menores de \$25,000 y mayores de \$75,000 presentaron las prevalencias acumuladas de asma mayores entre las categorías de ingreso.

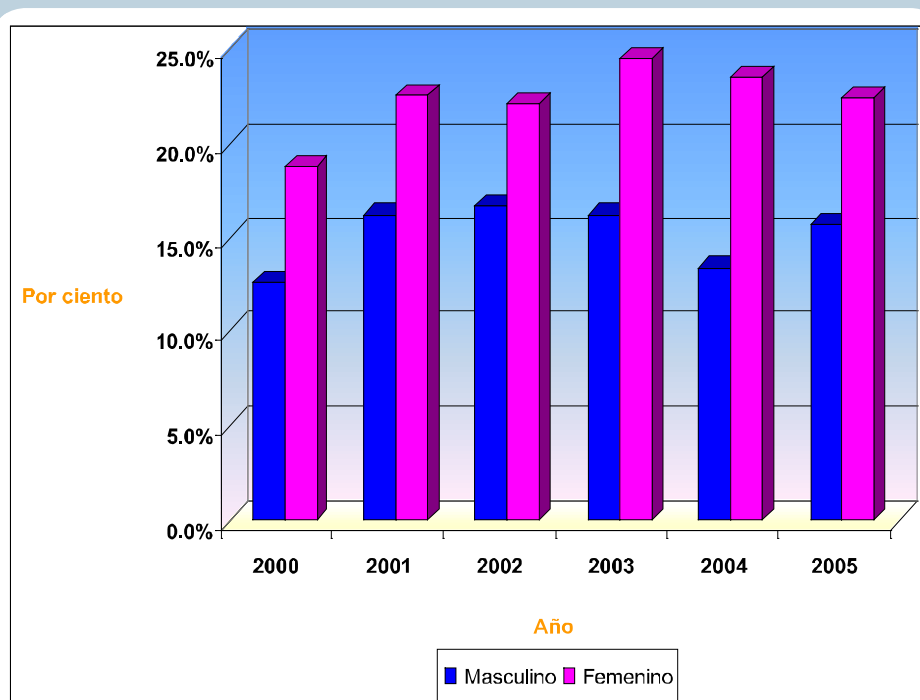
La meta de los Objetivos Gente Saludable 2010 con respecto al asma y otras condiciones respiratorias es promover la salud respiratoria a través de las mejores prácticas de prevención, detección, tratamiento y esfuerzos de educación.



Prevalencia Acumulada de Asma, Puerto Rico - 2000-2005



Prevalencia Acumulada de Asma por Género, Puerto Rico - 2000-2005



Prevalencia Acumulada de Asma, Puerto Rico - 2000-2005

	Masculino	Femenino	Total
2000	12.6%	18.8%	15.9%
2001	16.2%	22.6%	19.6%
2002	16.7%	22.2%	19.6%
2003	16.2%	24.6%	20.7%
2004	13.4%	23.6%	18.8%
2005	15.7%	22.5%	19.3%

3.15 Colesterol

El colesterol es una sustancia cerosa, similar a la grasa, que se encuentra en el cuerpo y que se necesita para que el cuerpo funcione normalmente. El cuerpo produce suficiente colesterol para cubrir sus necesidades. Cuando hay demasiado colesterol en el cuerpo, éste se deposita en las arterias, incluso en las del corazón, lo cual puede provocar el estrechamiento de las arterias y enfermedades cardíacas. El colesterol alto se produce cuando nuestro régimen alimenticio no es el óptimo y a la tasa en la cual se procesa el colesterol²⁶. En la mayoría de los casos, el colesterol alto no presenta síntomas. Sin embargo, el colesterol puede ser verificado y controlado con facilidad²⁶.

Los datos sobre prevalencia de colesterol alto se recogen en años impares desde 1997. La prevalencia de colesterol alto en los últimos años ha ido en aumento. En el 1997, se observó una prevalencia de 24.4% mientras que en el año 2005 la prevalencia fue de 39.8%. Al calcular el cambio porcentual, de los años 1997 al 2001 y de los años 2001 al 2005 se encontró que el mismo fue de 22.5% y 20.9%, respectivamente. En ambos periodos de tiempo, se observó un incremento en la prevalencia de colesterol alto entre los puertorriqueños.

La tendencia observada de la prevalencia de colesterol alto aumentó según aumentó la edad reportada entre los puertorriqueños. Para los años 2003 al 2005, el grupo de edad de 55 - 64 años presentó una prevalencia de 46.5% y 55.9%, respectivamente. Un fenómeno interesante de mencionar es que el grupo de mayores de 65 años presentaron consistentemente prevalencias menores que el grupo

de 55-64 años y mayores que los grupos menores de 54 años.

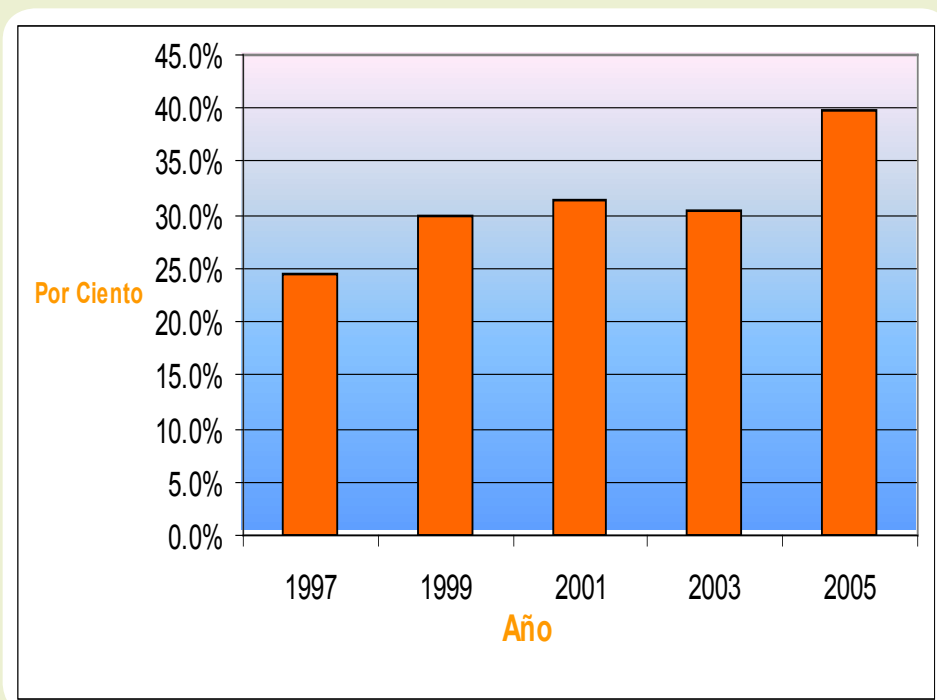
Al examinar la distribución por género se encontró que en el 2003, la prevalencia de colesterol alto fue mayor en hombres que en mujeres mientras que en le 2005, la prevalencia fue mayor en féminas que en varones. Además, se encontró que a menor escolaridad e ingreso mayor era la prevalencia reportada de colesterol alto entre los puertorriqueños.

Por otra parte, aquellos que reportaron estar incapacitados para trabajar, retirados o que realizan las tareas del hogar presentaron prevalencias entre 47.8% y 37.9% para el año 2003 y entre 60.2% y 47.8% para el año 2005.

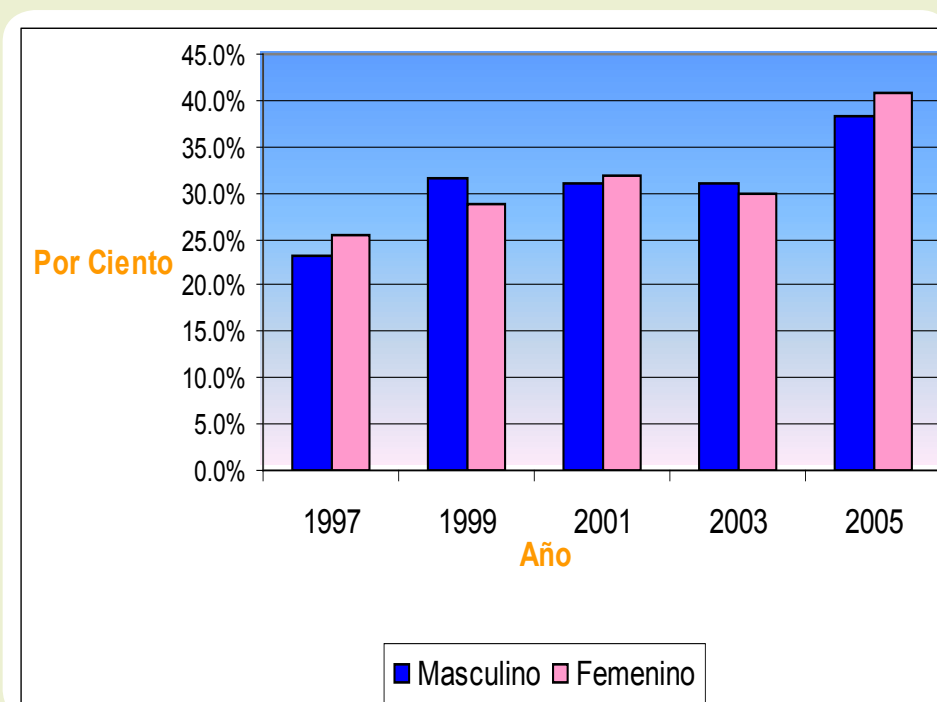
Los objetivos de Gente Saludable 2010 proponen la reducción de la prevalencia de colesterol alto en sangre en adultos. La reducción propuesta es de 21% a 17%⁴. Sin embargo, los hallazgos de los años 2003 y 2005 presentan un aumento en la prevalencia de colesterol alto entre los puertorriqueños. Estos hallazgos presentan nuevos retos para la prevención del colesterol alto, especialmente en términos de estilos de vida y ante el cambio de la estructura poblacional de Puerto Rico⁴.



Prevalencia de Colesterol Alto en Puerto Rico, 1997-2005



Prevalencia de Colesterol Alto en Puerto Rico por Género, 1997-2005



Prevalencia de Colesterol Alto en Puerto Rico, 1997-2005

	Masculino	Femenino	Total
1997	23.2%	25.3%	24.4%
1999	31.5%	28.8%	30.0%
2001	30.9%	32.0%	31.5%
2003	30.9%	29.9%	30.3%
2005	38.4%	40.9%	39.8%

3.16 VIH

EL VIH se ha denominado así, al virus de la inmunodeficiencia humana, que según el consenso general se considera como el agente que causa el sida. También se usa la sigla HIV, en inglés. Este virus solo se detecta por estudios de laboratorio. Los estudios que se utilizan solo miden la reacción del sistema inmune ante la agresión del VIH, es decir dejan saber si el cuerpo está produciendo anticuerpos contra el VIH. Una vez el resultado de la prueba es positivo, la persona seguirá siendo positiva al VIH²⁷.

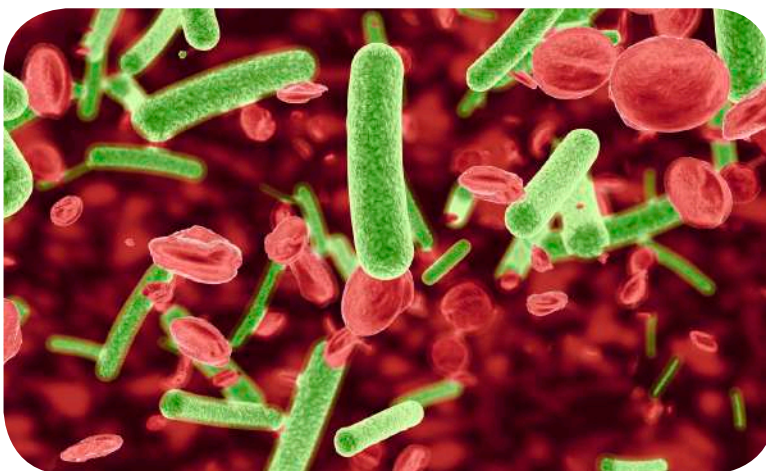
De acuerdo al CDC de Atlanta, la epidemia del VIH/SIDA es una grave amenaza para la comunidad hispana o latina. Además de ser una población seriamente afectada por el VIH, los hispanos o latinos siguen enfrentando dificultades para acceder a cuidados de la salud, a servicios de prevención y al tratamiento del VIH²⁸.

Entre los años 2003 y 2005, la prevalencia reportada de adultos entre 18 y 64 años que se habían realizado la prueba de VIH alguna vez en su vida fluctuó entre 46.1% y 45.9%. Los grupos de edad que presentaron mayor prevalencia en

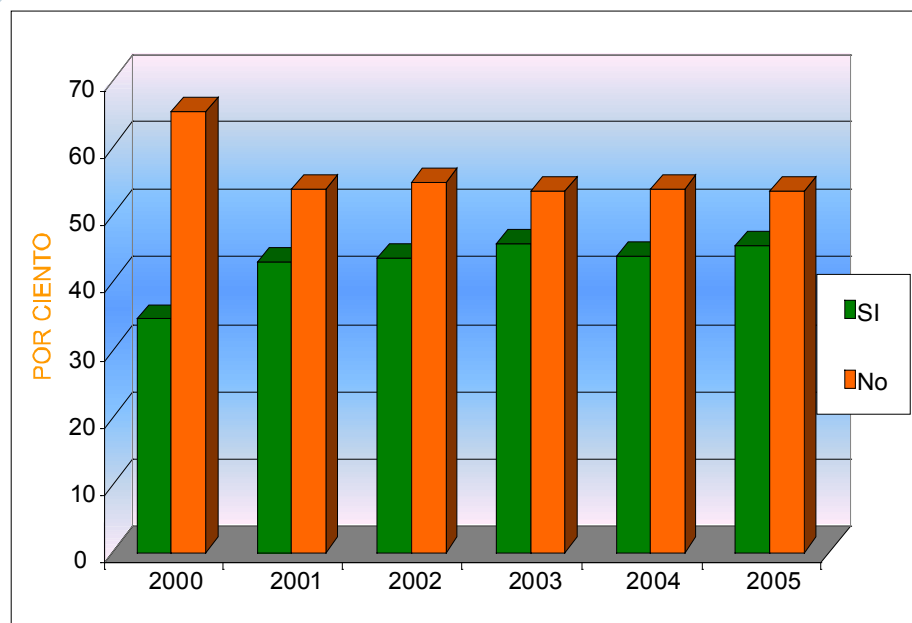
realizarse la prueba fueron 25-34 años y 35-44 años. Las féminas reportaron realizarse más la prueba de VIH que los varones en todos los años estudiados.

Por otra parte, no se encontraron diferencias porcentuales significativas entre los puertorriqueños de ingresos menores de \$50,000. Sin embargo, los adultos de ingresos mayores de \$50,000 presentaron prevalencias menores que las de adultos con menores ingresos. Además, existe diferencia en la prevalencia por nivel de educación a mayor educación mayor es la prevalencia de haberse realizado la prueba de VIH alguna vez en su vida.

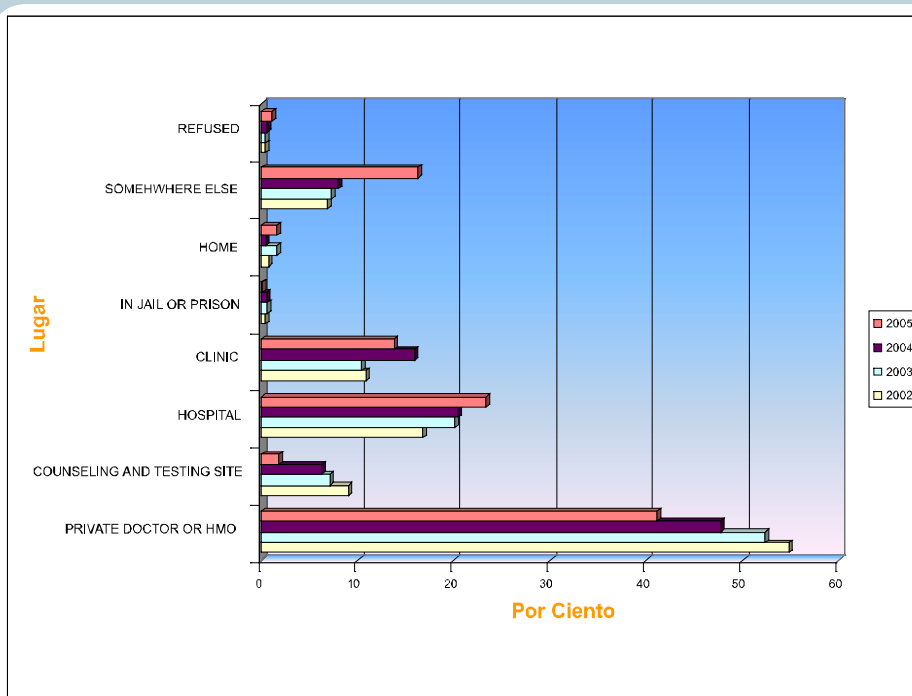
La prevención del VIH, sus enfermedades relacionadas y la muerte son el objetivo principal en el área focal de VIH⁴. La detección temprana en los grupos de edad menores de 44 años contribuirá en alcanzar los objetivos trazados en la población puertorriqueña.



Prevalencia de adultos entre 18 y 64 años que se han realizado la prueba de VIH alguna vez en su vida, Puerto Rico, 2000- 2005



Prevalencia de adultos entre 18 y 64 años que se han realizado la prueba de VIH alguna vez en su vida, Puerto Rico, 2000- 2005



Prevalencia de adultos entre 18 y 64 años que se han realizado la prueba de VIH alguna vez en su vida,
Puerto Rico, 2000- 2005

Prueba VIH	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Si	34.61%	43.09%	43.62%	45.75%	43.92%	45.48%
No	65.27%	53.87%	54.65%	53.55%	53.93%	53.59%

Prevalencia de adultos entre 18 y 64 años que se han realizado la prueba de VIH alguna vez en su vida,
Puerto Rico, 2002- 2005

Lugar donde se realizó la prueba VIH	2002	2003	2004	2005
Doctor or HMO	54.8%	53.4%	47.7%	41.1%
Counseling and Testing Site	9.1%	7.1%	6.3%	1.8%
Hospital	16.8%	20.2%	20.4%	23.3%
Clinic	10.9%	10.4%	15.9%	13.8%
In Jail or Prison	0.4%	0.6%	0.6%	0.1%
Home	0.8%	1.7%	0.5%	1.7%
Somewhere else	6.9%	7.2%	8.0%	16.3%
Refused	0.4%	0.4%	0.6%	1.1%

3.17 Salud Oral

Según los Objetivos para Gente Saludable 2010, la salud oral es un componente esencial e integral de la salud a través de la vida de los seres humanos. Las enfermedades y condiciones orales pueden tener efectos significativos en la salud de las poblaciones. Estas han sido consistentemente asociadas a otras condiciones de salud tales como: enfermedades cardiovasculares, diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, entre otras. Además, la ausencia de salud oral puede repercutir negativamente en la calidad de vida de los individuos causando problemas de índole social, psicológica o física⁴.

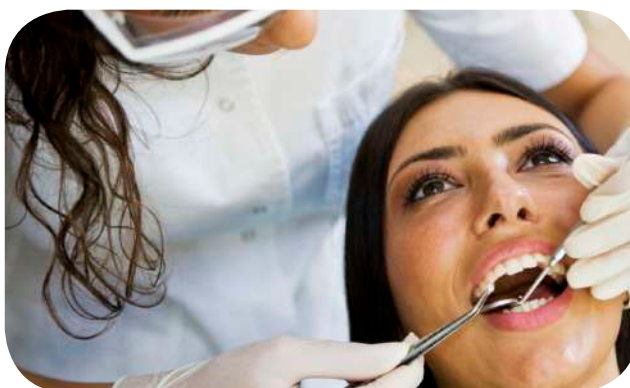
En los últimos años, Puerto Rico ha evaluado tres indicadores de los objetivos de Gente Saludable 2010 a través de los datos de BRFSS. Estos fueron el aumento de la prevalencia de adultos que no se le han extraído dientes permanentes por caries dentales o enfermedad periodontal, reducir la proporción de adultos mayores de 65 años que le han extraído todos sus dientes naturales y aumentar la proporción de adultos que usan el sistema de cuidado de salud oral por año.

Los datos sobre salud oral se recogen en años impares desde 1999. La prevalencia de visitas dentales en el último año previo a la entrevista observada entre los años 1999 al 2004 fluctuó entre 73.2% y 69.9%. Las féminas reportaron visitar con mayor frecuencia al dentista que los varones.

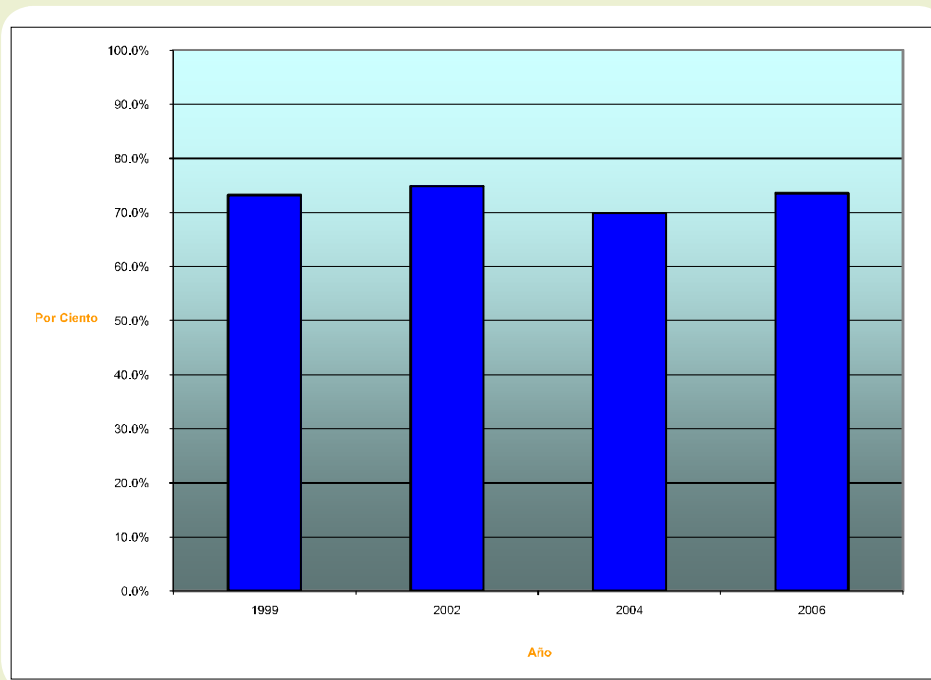
La prevalencia de adultos que no le han extraído ningún diente permanente para el 2004 fue de 32.7%. Al evaluar

el riesgo de extracción y remoción de dientes permanentes en el año 2004, se encontró que las féminas tuvieron mayor riesgo que los varones y a mayor edad mayor era el riesgo. Sin embargo, al evaluar el ingreso se encontró que menor ingreso reportado mayor era el riesgo de extracción y remoción de dientes permanentes entre los puertorriqueños.

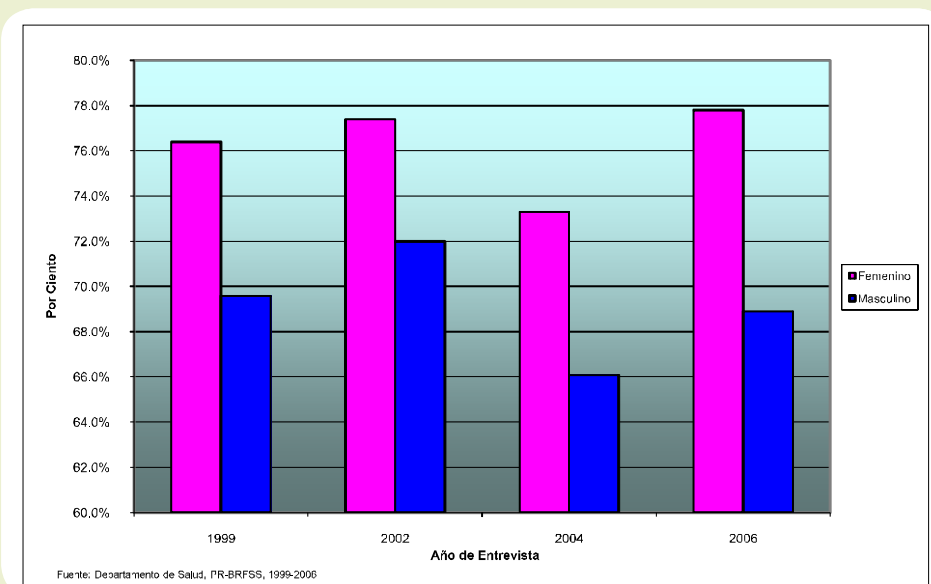
Por otro lado, entre los hallazgos sobre salud oral se destaca que la prevalencia de adultos mayores de 65 años que le han extraído todos sus dientes permanentes ha fluctuado en los últimos años entre un 23.6% y un 30.6%. Este hallazgo refleja un descenso en la tendencia de la prevalencia acorde con los objetivos de Gente Saludable 2010.



Prevalencia de Visitas Dentales en el Último Año, Puerto Rico 199-2006



Prevalencia de Visitas Dentales en el Último Año por Género, Puerto Rico 199-2006



Prevalencia de Visitas Dentales en el Ultimo Año, Puerto Rico 1999 - 2006

	Femenino	Masculino	Total
1999	76.4%	69.6%	73.2%
2002	77.4%	72.0%	74.9%
2004	73.3%	66.1%	69.9%
2006	77.8%	68.9%	73.6%

Prevalencia de Adultos que no le han extraído dientes permanentes, Puerto Rico 1999 -2006

	Femenino	Masculino	Total
1999	30.6%	35.6%	33.1%
2002	32.9%	32.7%	32.8%
2004	31.6%	34.0%	32.7%
2006	35.0%	38.8%	36.8%

3.18 Artritis

El término artritis significa literalmente inflamación de las articulaciones (artr = articulación, itis = inflamación). Existen más de 100 tipos diferentes de artritis y enfermedades asociadas, entre las que se incluyen enfermedades que afectan los huesos, los músculos, las articulaciones y los tejidos que las sostienen. La artritis provoca dolor y rigidez, puede afectar a personas de cualquier edad, afecta a uno de cada seis estadounidenses²⁹. Esta enfermedad es la causa más frecuente de discapacidad en los Estados Unidos de América y sigue siendo un problema de salud pública creciente y de grandes proporciones.

PR-BRFSS recoge los datos sobre la prevalencia de artritis desde 1999 en años impares. La prevalencia evaluada en los últimos años se ha mantenido estable. En el 1999, se observó una prevalencia de 25.8% mientras que en el año 2005 la prevalencia fue de 23.7%. En términos de la prevalencia por género, las féminas consistentemente reportaron mayor prevalencia de artritis que los varones en los años 1999 al 2005.

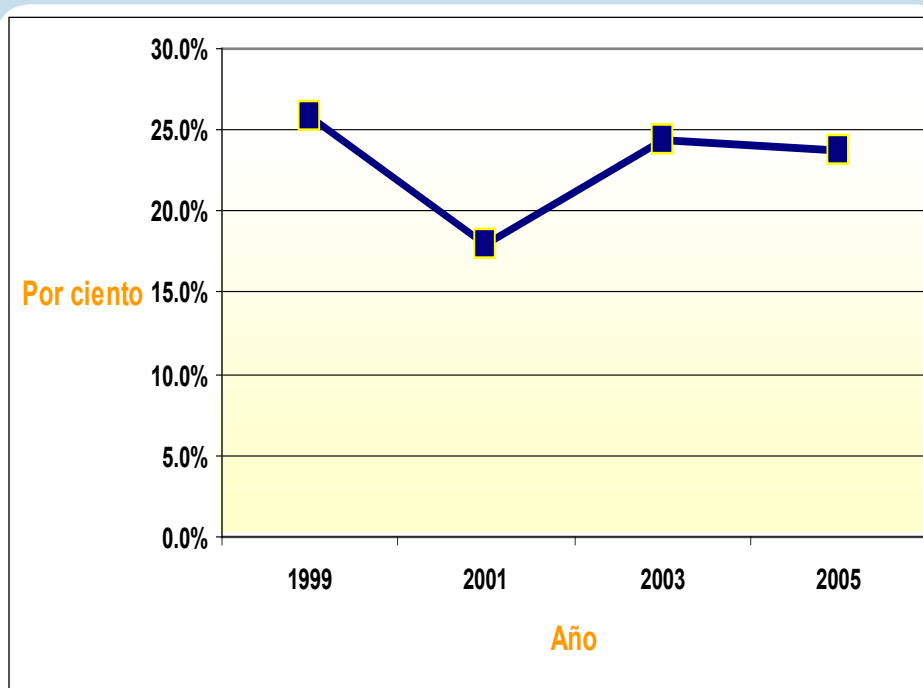
Por otra parte, a medida que aumentó la edad aumentó la prevalencia de artritis observada. Este hallazgo fue consistente tanto para todos los años estudiados. Además, el 46.7% de los entrevistados reportaron un nivel educativo de escuela elemental o menor. Aunque el resto de los niveles de educación presentaron prevalencias de artritis similares en el rango de 25% a 29%.

Al observar el estado marital, la mayor prevalencia de artritis se observó en aquellos que reportaron ser viudos, seguidos por los divorciados luego los casados y separados. En aquellos que reportaron estar en las categorías de incapacitado para trabajar, retirado y amas de casa, las prevalencias de artritis fueron 50.5%, 46.8% y 40.6, respectivamente.

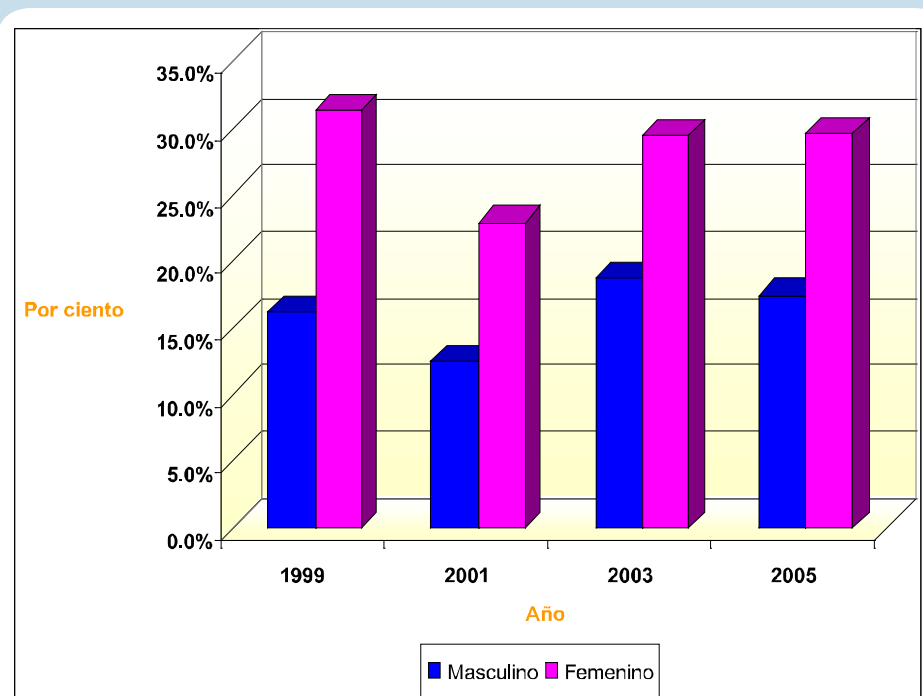
Los objetivos 2010 pretenden prevenir la enfermedad y discapacidad relacionada con la artritis y otras condiciones reumatológicas⁴. Los hallazgos de los años 2003 y 2005 presentan prevalencias similares de artritis entre los puertorriqueños. Estas prevalencias encontradas son menores a las reportadas a nivel nacional de los Estados Unidos (27%).



Prevalencia de Artritis en Puerto Rico, 1999-2005



Prevalencia de Artritis en Puerto Rico por Género, 1999-2005



Prevalencia de Artritis en Puerto Rico, 1999-2005

	Varones	Feminas	Total
1999	16.1%	31.3%	25.8%
2001	12.4%	22.9%	18.0%
2003	18.7%	29.4%	24.4%
2005	17.4%	29.6%	23.7%

ESTUDIOS ESPECIALES

Tendencias del Sobrepeso y la Obesidad en Puerto Rico

Ruby A. Serrano-Rodríguez, MS, DrPH

Enid J. García-Rivera, MD, MPH



Tendencias del Sobrepeso y la Obesidad en Puerto Rico

Ruby A. Serrano-Rodríguez, MS, DrPH

Enid J. García-Rivera, MD, MPH

Introducción

La obesidad es un problema de salud pública que ha ido en aumento en los últimos años. Varios autores coinciden que la obesidad es un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares, diabetes, complicaciones médicas y ciertos tipos de cánceres (Andris, 2005; Okishiro et al, 2005; Desai, 2004; Bembien, 1998). En Estados Unidos, la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas (Andris, 2005). Tanto, la obesidad como el sobrepeso son consideradas causas principales de morbilidad y mortalidad a nivel mundial (Ezzatti et al, 2002). En los últimos años, la prevalencia observada entre los puertorriqueños es de preocupación y presenta diferentes retos para las Políticas de Salud y la Prevención de Enfermedades. Los cambios en los estilos de vida como la falta de actividad física, hábitos alimentarios, entre otros han sido postulados como posibles factores que contribuyen con el aumento en la obesidad y sus posibles efectos en la salud de los puertorriqueños (Andris, 2005; Okishiro et al, 2005).

El Puerto Rico-BRFSS recopila datos sobre el peso y la estatura que reportan los puertorriqueños entrevistados. A través del cálculo del índice de grasa corporal, se determina la prevalencia de la población a riesgo de enfermar por estar obesos o sobrepeso. El propósito de este estudio es describir las tendencias del sobrepeso y la obesidad en la población adulta de Puerto Rico. Además, evaluar la relación entre la obesidad y algunos factores de riesgo identificados tales como la edad, el género, entre otros.

Métodos

El Puerto Rico Behavioral Risk Factors Surveillance System (PR-BRFSS) es un sistema continuo de vigilancia epidemiológica telefónica que se realiza en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades mejor conocido por sus siglas en inglés CDC. Este sistema utiliza un cuestionario estandarizado para determinar la distribución de las conductas de riesgo y prácticas de salud entre adultos mayores de 18 años. Este sistema se inició en el año 1996 y se ha realizado ininterrumpidamente hasta el presente.

Los datos recopilados entre los años 2001 al 2006 fueron analizados para describir la prevalencia autoreportada del sobrepeso y la obesidad entre los puertorriqueños. Estos datos fueron pesados usando la población de Puerto Rico para reflejar las características sociodemográficas de la Isla. Además, los cambios en los estilos de vida de los puertorriqueños son señalados como posibles factores que contribuyen con el problema de la obesidad. A través del PR-BRFSS, se obtuvieron datos sobre el peso y la estatura que reportaron los entrevistados. La determinación de obesidad y sobrepeso están basadas en el calculo del índice de grasa corporal. Las personas a riesgo de sobrepeso y obesidad fueron definidas como aquellas que presentaron un índice de grasa corporal (BMI) ≥ 25.0 .

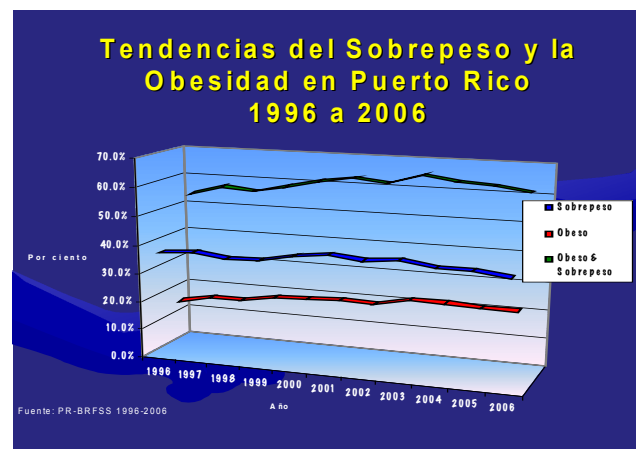
Los factores de riesgo como inactividad física, consumo de frutas y vegetales fueron descritos en relación con el sobrepeso y la obesidad. A través de pruebas de significancia realizadas haciendo uso de Intervalos de Confianza al 95% se presentó la magnitud del sobrepeso y la obesidad en Puerto Rico.

Resultados

En los años 1996 al 2006 la tendencia en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en Puerto Rico ha ido en

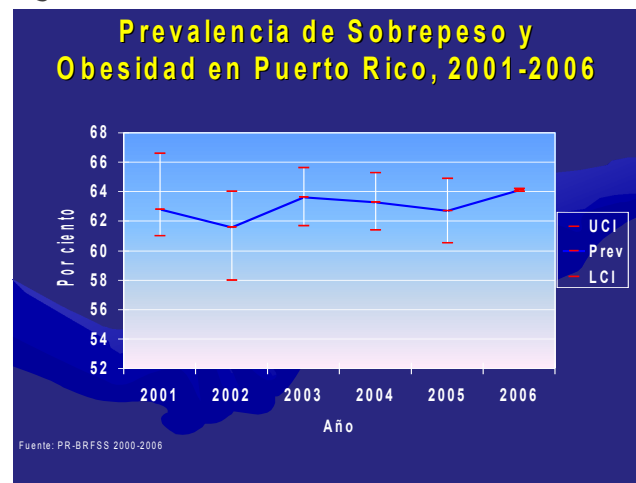
aumento. La prevalencia observada en la obesidad ha aumentado de 16.8% en el 1996 a 23.7% en el 2006 (Figura 1). Los cambios observados representan un incremento de 41.1% en la prevalencia de la obesidad. Por otra parte, la prevalencia de sobrepeso fluctuó entre 37.2% y 39.0%. Esto representa un aumento de 5.9% en la prevalencia del sobrepeso.

Figura 1



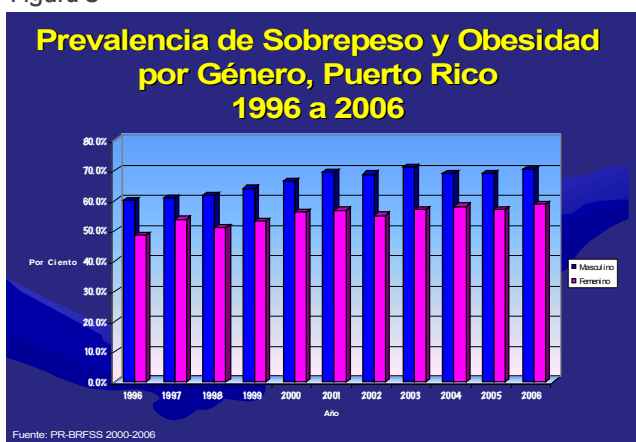
Los datos de sobrepeso y obesidad para los años 1996 al 2006 presentaron un aumento en la tendencia del sobrepeso y obesidad entre los puertorriqueños. La prevalencia reportada entre el año 2000 y el 2006 fluctuó entre 61.0% y 62.7% (Figura 2).

Figura 2



A través de los años estudiados, se observan diferencias en el riesgo de la obesidad y sobrepeso entre los géneros. Las féminas tienen menos riesgo de sobrepeso y obesidad que los varones (Figura 3). Esto ha sido observado consistentemente en los años bajo estudio. Además, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta a medida que aumenta la edad de los puertorriqueños. Los grupos de edad donde se ha observado mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad son los grupos de 45-54 y 55-64 años de edad, respectivamente (Figura 4).

Figura 3



En términos del estado civil, se encontró que los casados y solteros del grupo de 55 a 64 años de edad presentaron un riesgo mayor de estar sobrepeso u obesos en los últimos cinco años.

Figura 4



Por otra parte, al evaluar la prevalencia de sobrepeso u obesidad en las ocho regiones de salud de Puerto Rico se encontró que existen diferencias en la prevalencia entre las regiones. Las diferencias en la prevalencia fueron observadas incluso de año en año.

Al evaluar diferentes estilos de vida como lo son la actividad física, consumo de frutas y vegetales, entre otros, los puertorriqueños presentaron la mayor tasa de prevalencia de inactividad física en aquellos que reportaron estar sobrepeso u obesos (Figura 5). Esta prevalencia es mayor a la prevalencia reportada por los otros Estados de los Estados Unidos. Además, aquellos puertorriqueños con sobrepeso u obesidad consumen menos de 5 porciones de frutas y vegetales diariamente.

Figura 5



Discusión y Conclusiones

Los datos sobre obesidad analizados presentan un aumento en la prevalencia de la población a riesgo de enfermarse por estar sobrepeso u obesos. Existe una tendencia de ambos géneros a estar obesos o sobrepeso. Además, se observó un aumento en la prevalencia de estar a riesgo de enfermarse por estar obeso y en las clasificaciones de sobrepeso y obeso en todos los años estudiados.

A partir de 1996, se ha observado un aumento en la prevalencia de obesidad de los puertorriqueños

entrevistados. Cuando comparamos estos datos con los datos obtenidos a nivel de nacional (Estados Unidos), se encontró que la prevalencia de obesidad tiene una tendencia similar a la de Puerto Rico para los mismos años. Sin embargo, es importante señalar que de los años 1997 al 2000 la prevalencia de obesidad de Puerto Rico sobrepasa la prevalencia nacional.

En los últimos años, la prevalencia de sobrepeso reportada en Puerto Rico ha fluctuado entre 36.8% y 40.6%. Si comparamos los datos de sobrepeso de los puertorriqueños con los datos obtenidos a nivel nacional se observó que la prevalencia de sobrepeso de los puertorriqueños es mayor a la de los participantes a nivel nacional.

El riesgo de sobrepeso y obesidad en Puerto Rico ha fluctuado entre 61.0% y 62.7% y aumenta a medida que aumenta la edad. De acuerdo a los Objetivos 2010, los puertorriqueños se encuentran por encima de la reducción de 15% en la proporción de adultos obesos. Si a esta información se le suma que el aumento observado en la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor en aquellos que reportaron ser hipertensos o diabéticos.

Por otro lado, la inactividad física y el consumo de menos de 5 porciones de frutas y vegetales entre los puertorriqueños que reportaron estar sobrepeso u obesos crean un escenario que debe ser atendido desde el punto de vista de la promoción de estilos de vida saludables.

Los hallazgos de Puerto Rico-BRFSS relacionados al sobrepeso y obesidad están limitados ya que los datos están basados en el peso y estatura reportado por los participantes de la encuesta. Según Yun & Asociados (2005), la prevalencia reportada para estas condiciones puede ser subestimada dada las características de la encuesta. Este estudio pretende ser el inicio de investigaciones

futuras para aumentar el conocimiento y comprender los diferentes factores relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Además, puede servir como guía de hacia donde dirigir los esfuerzos de prevención de estilos de vida saludables entre los adultos puertorriqueños.

Reconocimientos

Este proyecto fue financiado mediante CDC/PRDOH Cooperative Agreement Grant U58/07CCU222931. Reconocemos la tarea del personal de Puerto Rico-BRFSS por su continuo esfuerzo para realizar este Proyecto.

Referencias

Division of Adult and Community Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System Prevalence Data, 1996-2005.

Andris DA (2005) Surgical treatment for obesity: ensuring success. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* Nov-Dec;32(6):393-401.

Bemben MG, Massey BH, Bemben DA, Boileau RA, Misner JE (1998) Age-related variability in body composition methods for assessment of percent fat and fat-free mass in men aged 20-74 years. *Age Ageing* Mar;27(2):147-153.

Desai J (2004) State-based Diabetes Surveillance among minority populations. *Prev Chronic Dis* 2004 Apr;1(2):1-2

Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJL. (2002) Comparative Risk Assessment collaborative Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*; 360:1347-60.

Okishiro M, Harrigan R (2005) An Overview of obesity and diabetes in diverse populations of the Pacific. *Ethn Dis* Autum; 15(4 Suppl 5):s5-71-80.

Yun S, Zhu BP, Black W, Brownson RC (2005) A comparison of national estimates of obesity prevalence from the Behavioral Risk Factor Surveillance System and the national health and nutrition examination survey. *Int J Obes (lond.)* Oct 11

INFORME ANUAL AL PRESIDENTE
PUERTO RICO 2004

EVALUACIÓN DEL USO Y CONOCIMIENTO
DE LA VITAMINA ÁCIDO FÓLICO EN
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN
PUERTO RICO, 1999-2004

DIANA VALENCIA, MS, MS, LAUREANE ALVELO MALDONADO, MS,
ROSALINA VALCÁRCEL RUIZ, MD, MPH



Evaluación del uso y conocimiento de la vitamina ácido fólico en mujeres en edad reproductiva en Puerto Rico, 1999-2004

Diana Valencia, MS, MS, Laureane Alvelo Maldonado, MS, Rosalina Valcárcel Ruiz, MD, MPH

Introducción

Los defectos del tubo neural (DTN) son defectos congénitos severos del cerebro y el cordón espinal. Estudios científicos sugieren que 400 mcg diarios de la vitamina ácido fólico durante toda la edad reproductiva (10 a 50 años) pueden ayudar a prevenir hasta un 70% la ocurrencia de DTN.¹⁻² En 1994, el Departamento de Salud de Puerto Rico (PR) estableció como política pública que todo profesional de la salud en contacto con mujeres en edad reproductiva, debe recomendar el consumo diario de 400 microgramos de la

vitamina ácido fólico. Como medida de acción, ese mismo año se crea la Campaña de la Vitamina Ácido Fólico. Desde entonces, se han realizado campañas educativas continuas y anualmente se desarrollan actividades para promover el uso de la vitamina y lograr así la prevención de defectos de nacimiento en PR. En 1995, se establece el Sistema de Vigilancia de Defectos Congénitos (SVDC). Este Sistema tiene cobertura poblacional y realiza vigilancia activa de 43 condiciones congénitas. El objetivo de este estudio fue comparar el uso y conocimiento de la vitamina ácido fólico entre mujeres con embarazos afectados con DTN y mujeres de la población general.

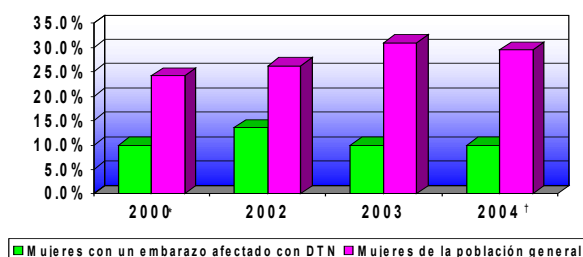
Métodos

Desde 1999, la consejera genética del SVDC de PR intenta contactar por vía telefónica a todas las madres con embarazos afectados con DTN, identificadas por el Sistema de Vigilancia. Una vez se contacta a la madre, se completa un cuestionario corto que incluye preguntas sobre el uso y el conocimiento de la vitamina ácido fólico. Los datos de estas entrevistas se utilizaron para determinar el porcentaje de madres con embarazos afectados con DTN que utilizaron la vitamina ácido fólico antes del embarazo, y para determinar el conocimiento sobre los beneficios de la vitamina en estas madres. Determinamos el uso de la vitamina ácido fólico calculando el por ciento de madres que consumieron la vitamina por lo menos 3 meses antes del embarazo afectado con DTN. El conocimiento de la vitamina en esta población, se calculó determinando el por ciento de madres que sabían al momento de la entrevista, que el ácido fólico ayuda a prevenir defectos de nacimiento.

Del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Comportamiento de PR, (PRBRFSS, por sus siglas en inglés), determinamos el por ciento de mujeres no embarazadas, entre 18 y 44 años de edad, que reportaron el uso diario de la vitamina ácido fólico y el por ciento de mujeres que

afirmaron al momento de la entrevista, que esta vitamina es recomendada por algunos expertos de salud para prevenir defectos de nacimiento, para los años 1997-1998, 2000, 2002-2004. Finalmente, se comparó el uso y conocimiento de la vitamina ácido fólico, entre madres con embarazos afectados con DTN y mujeres no embarazadas, en edad reproductiva de la población general, a través de una prueba de chi cuadrado.

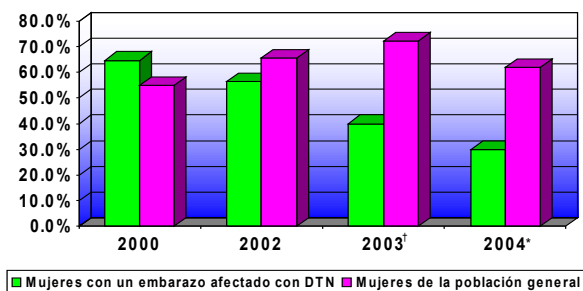
Figura 1. Consumo Diario de Acido Fólico, entre mujeres con embarazos afectados con DTN y mujeres de la población general en PR, 2000-2004.



Fuentes: Sistema de Vigilancia de Defectos Congénitos de PR, 2000-2004
PR BRFS, 2000-2004.

*Estadísticamente significativo ($p < 0.05$)
†Marginalmente significativo

Figura 2. Conocimiento de Acido Fólico, entre mujeres con embarazos afectados con DTN y mujeres de la población general en PR, 2000-2004.



Fuentes: Sistema de Vigilancia de Defectos Congénitos de PR, 2000-2004
PR BRFS, 2000-2004.

*Estadísticamente significativo ($p < 0.05$)
†Marginalmente significativo

Resultados

Un total de 215 madres con embarazos afectados con DTN fueron contactadas y entrevistadas por la consejera genética, entre 1999 y 2005, lo que corresponde a una tasa de respuesta del 68.3%. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de uso ($p = 0.87$) y conocimiento ($p = 0.14$) de la vitamina ácido fólico durante el periodo de

estudio para esta población. Durante 1999-2005, tan sólo 14.9% de las madres con embarazos afectados con DTN reportaron haber consumido la vitamina ácido fólico, por lo menos tres meses antes del embarazo afectado, a pesar de que el 51.3% de las madres sabían que la vitamina ayuda a prevenir defectos de nacimiento.

Los datos recopilados a través del módulo de ácido fólico del PR BRFS, para mujeres no embarazadas entre los 18 y los 44 años de edad, muestran que del 1997 al 2003 hubo un aumento significativo en el uso de la vitamina (20.2% a 30.9%). En el 2004, se observa una disminución, pero la misma no es estadísticamente significativa ($p = 0.49$). El conocimiento de los beneficios de la vitamina ácido fólico aumentó drásticamente del 1997 al 2003, de 22.4% a 72.2%, pero para el 2004 se observa una disminución estadísticamente significativa en el conocimiento de la vitamina ($p < 0.001$), de 72.2% a 61.9%.

Se realizó una comparación del uso y conocimiento de la vitamina ácido fólico entre las madres con embarazos afectados con DTN versus mujeres no embarazadas entre 18 y 44 años de edad, representativas de todo PR (mujeres de la población general). En promedio, el consumo de ácido fólico de las madres con embarazos afectados con DTN es menos de la mitad del consumo reportado por la población general (Figura 1). A partir del 2003, estas madres también reportan menos conocimiento sobre los beneficios de la vitamina que las mujeres de la población general (Figura 2).

Discusión

A pesar de que ha habido un aumento en el uso y el conocimiento de la vitamina ácido fólico, en mujeres en edad reproductiva de la población general de PR durante los años 2000-2004, el uso de ácido fólico sigue siendo bajo y es aún más bajo en las madres con embarazos afectados con DTN. La incidencia de DTN disminuyó significativamente de 1996 al 2003, pero a partir del 2003 ha comenzado a aumentar nuevamente.

Es de suma preocupación que el 85.1% de las madres con embarazos afectados con DTN no consumieron la vitamina antes del embarazo. Esto puede ser en parte porque las mujeres están asociando el consumo de la vitamina al embarazo y el 65.5% de los embarazos en PR no son planificados.³ Es por esto que los profesionales de la salud debemos seguir enfatizando la importancia de consumir la vitamina desde temprana edad, independientemente de que estén planificando un embarazo o estén activas sexualmente. No deja de ser preocupante que estas madres con embarazos afectados, luego de dar a luz, continúan sin tener un conocimiento adecuado del consumo de esta vitamina, ya que estas madres están a un riesgo 2 a 3 veces mayor de tener un segundo embarazo afectado con DTN.⁴

Referencias

1. Czeizel AE, Dudas I. Prevention of the first occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *New Engl J Med* 1992;327:1832-1835.
2. Mulinare J, Ericsson JD. Prevention of neural tube defects. *Teratology* 1997;56:17-18.
3. Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Salud familiar y Servicios Integrados, División de Madres, Niños y Adolescentes, Sección de monitoreo y Evaluación, San Juan, Puerto Rico. Estudio de Salud Materno-Infantil 2006.
4. Hall JG, Solehdin F Genetics of neural tube defects. *Ment Retard Dev Disabil.* 1999; 4:269-281.

EQUIPO PUERTO RICO
BRFSS 2003-2005

Equipo Puerto Rico BRFSS 2003-2005

Un agradecimiento especial a todo el Equipo de Trabajo de PR-BRFSS durante estos años, a los que continúan laborando y aquellos que emprendieron otros caminos

Juan Alonso Echanove, Director y Coordinador (Jul 2003-Ago 2005)

Brenda Santiago, Administradora & Supervisora (1995 – 2006)

Lilliam Morales, Funcionaria Ejecutiva

Entrevistadores

Margarita Cordero

Irma Crespo

Amneris Rosa

Yamidza Brenes

Adoris Feliciano

Yarimar Rodríguez

Carmen M. Pérez

Petra Morales

Linetsy Batista

Lilliam Rosado

Panamá Ortiz

Pablo E. Colón

Jackeline D. Ruiz

Niurka S. Marrero

Brenda G. López



T A B L A S

Tabla 1

ESTADO DE SALUD								
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Adulto que percibe que su salud en general es regular o pobre							
	SALUD REGULAR O POBRE							
	2003			2004			2005	
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	n
TOTAL	4162	1749	35.0	4112	1758	34.8	3781	1614
GENERO								
Masculino	1523	547	31.0	1435	530	30.2	1294	465
Femenino	2639	1202	38.6	2677	1228	38.8	2487	1149
GRUPO DE EDAD								
18-24	362	43	9.5	330	44	12.2	278	31
25-34	537	89	18.1	514	97	17.2	412	61
35-44	813	201	25.2	724	203	27.0	656	157
45-54	730	333	42.4	786	362	43.9	720	327
55-64	740	431	54.6	734	404	50.9	739	406
65+	975	652	65.4	1016	645	61.9	957	625
NIVEL SOCIOECONOMICO								
<\$15,000	1932	1125	53.3	1097	1097	55.1	1685	983
\$15-\$24,999	961	327	32.1	293	293	29.9	7921	275
\$25-\$34,999	387	75	16.3	76	76	17.6	331	68
\$35-\$49,999	223	37	18.5	32	32	9.3	246	37
\$50-\$75,000	104	13	10.0	17	17	11.0	121	17
>\$75,000	108	8	3.7	13	13	9.0	100	9
NIVEL EDUCATIVO								
Escuela elemental o menos	1350	887	60.3	858	858	61.6	1112	731
Graduado de Escuela Superior	1017	436	36.2	467	467	39.2	985	428
Algún grado universitario	848	236	24.4	249	249	22.3	783	247
Graduado de Universidad	942	187	17.4	181	181	14.9	894	204
ESTADO MARITAL								
Casado/a	2305	1364	62.4	2146	898	36.6	1935	1153
Divorciado/a	493	272	57.3	543	252	39.8	557	310
Viudo/a	492	171	38.8	515	329	61.8	510	174
Separado/a	155	84	63.4	174	82	45.0	165	80
Nunca estuvo Casado/a	588	443	84.6	571	128	16.6	447	341
Vive en pareja pero sin estar casada	128	76	59.4	164	67	38.3	170	104
ESTADO DE EMPLEO								
Empleado/a	1335	1045	79.2	1250	978	81.3	1183	919
Trabajador independiente	356	270	77.0	370	266	73.9	318	235
Desempleado > 1 año	80	55	73.3	84	50	65.0	73	41
Desempleado < 1 año	90	68	80.4	80	59	75.2	65	48
Realiza tareas del hogar	1149	460	45.6	1107	464	45.9	1060	443
Estudiante	186	164	91.2	182	163	91.1	156	135
Retirado	676	293	42.8	678	306	47.5	655	285
Incapacitado/a para trabajar	291	57	21.7	356	65	17.2	279	61

COBERTURA DE PLAN MEDICO								
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Población que dijo no tener cobertura médica							
	2003			2004			2005	
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	n
TOTAL	4165	277	8.8	4118	256	7.9	3785	219
GENERO								
Masculino	1524	138	11.5	1438	126	10.1	1297	102
Femenino	2641	139	6.5	2680	130	6.0	2488	117
GRUPO DE EDAD								
18-24	361	37	11.1	327	30	9.7	278	29
25-34	537	63	17.0	514	6	13.4	412	34
35-44	813	60	9.2	725	45	6.9	656	43
45-54	731	55	6.4	787	52	7.3	721	1
55-64	740	46	6.5	736	53	7.8	742	49
65+	978	16	1.3	1021	19	1.8	957	22
NIVEL SOCIOECONOMICO								
<\$15,000	1936	119	8.2	1857	10	7.8	1668	105
\$15-\$24,999	960	87	12.1	855	53	7.3	792	55
\$25-\$34,999	387	12	3.9	369	29	10.8	331	10
\$35-\$49,999	223	7	4.9	235	10	3.8	246	3
\$50-\$75,000	104	1	0.1	112	3	2.4	121	3
>\$75,000	104	6	3.9	120	3	5.4	100	5
NIVEL EDUCATIVO								
Escuela elemental o menos	1353	82	8.1	1300	76	8.1	1116	68
Graduado de Escuela Superior	1016	94	3.8	1033	61	7.1	986	69
Algún grado universitario	848	55	7.3	869	59	9.0	782	47
Graduado de Universidad	943	46	6.0	908	57	7.6	894	33
ESTADO MARITAL								
Casado/a	2305	142	7.1	2146	115	5.6	1935	100
Divorciado/a	493	24	7.7	543	36	8.9	557	30
Viudo/a	492	14	3.5	515	21	1.0	510	22
Separado/a	155	13	11.9	173	19	15.7	165	10
Nunca estuvo Casado/a	587	64	13.5	569	48	11.7	447	47
Vive en pareja pero sin estar casado/a	128	20	18.5	164	15	14.3	170	8
ESTADO DE EMPLEO								
Empleado/a	1334	97	10.3	1251	95	8.9	1183	66
Trabajador independiente	356	56	20.2	371	52	15.6	318	46
Desempleado > 1 año	80	15	19.9	84	7	9.3	73	7
Desempleado < 1 año	90	16	6.3	79	14	22.2	65	11
Realiza tareas del hogar	1149	57	5.1	1109	50	5.3	1060	46
Estudiante	186	10	5.9	180	6	6.2	156	13
Retirado	676	15	1.7	680	23	6.1	655	19
Incapacitado/a para trabajar	291	10	2.9	359	7	2.4	279	11

DISCAPACITADO-IMPEDIMENTO									
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Limitado por problemas de salud								
	2003			2004			2005		
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%
TOTAL	4155	921	18.7	4093	3151	19.0	3776	895	19.6
GENERO									
Masculino	1519	314	17.6	1428	1111	18.3	1293	313	20.1
Femenino	2636	607	19.7	2665	2040	19.7	2483	582	19.1
GRUPO DE EDAD									
18-24	360	19	6.1	329	314	3.6	241	24	8.0
25-34	535	44	7.5	512	463	10.5	23	23	5.5
35-44	813	118	14.5	720	607	15.1	105	105	17.4
45-54	729	181	23.2	784	579	24.7	198	198	27.3
55-64	737	238	32.6	730	509	28.9	251	251	31.9
65+	916	320	31.8	1012	674	33.6	289	289	29.8
NIVEL SOCIOECONOMICO									
<\$15,000	1933	609	29.0	1845	1276	28.2	1684	522	26.6
\$15-\$24,999	961	144	13.8	853	702	14.1	790	153	16.8
\$25-\$34,999	386	51	14.8	367	319	14.7	331	52	11.8
\$35-\$49,999	223	21	9.4	235	210	9.7	246	31	13.7
\$50-\$75,000	104	11	11.9	112	97	11.9	121	11	8.9
>\$75,000	108	10	11.0	120	110	5.9	100	12	10.9
NIVEL EDUCATIVO									
Escuela elemental o menos	1348	458	30.9	1289	877	29.7	1114	350	28.4
Graduado de Escuela Superior	1015	204	16.3	1029	796	18.5	981	229	19.3
Algún grado universitario	846	138	14.6	866	700	15.9	782	166	16.2
Graduado de Universidad	941	121	12.3	904	773	11.9	893	148	15.1
ESTADO MARITAL									
Casado/a	2298	488	64.0	2136	469	57.3	1931	432	56.7
Divorciado/a	493	112	7.7	537	134	9.8	556	158	13.4
Viudo/a	491	178	12.0	510	191	12.9	508	172	12.0
Separado/a	154	32	2.7	173	47	4.7	165	48	3.6
Nunca estuvo Casado/a	586	86	10.4	568	67	8.7	446	57	10.0
Vive en pareja pero sin estar casado/a	128	24	3.3	163	34	6.7	170	28	4.2
ESTADO DE EMPLEO									
Empleado/a	1333	118	18.0	1250	101	14.6	1183	128	19.4
Trabajador independiente	355	33	5.1	363	28	4.7	314	36	5.8
Desempleado > 1 año	79	16	2.6	83	20	2.0	73	20	2.9
Desempleado <1año	89	10	1.5	80	12	1.9	65	10	1.3
Realiza tareas del hogar	1146	317	25.7	1099	279	24.7	1058	274	22.4
Estudiante	186	10	1.8	181	0.9	2.3	156	19	3.8
Retirado	675	174	18.1	677	198	18.6	655	186	20.5
Incapacitado/a para trabajar	290	242	27.2	358	295	31.2	279	222	

CONSUMO DE TABACO									
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Fumadores								
	2003			2004			2005		
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%
TOTAL	4165	498	13.6	4118	423	12.6	3783	433	13.1
GENERO									
Masculino	1525	268	19.3	1440	214	17.4	1294	219	18.0
Femenino	2640	230	8.5	2678	209	8.4	2489	214	8.7
GRUPO DE EDAD									
18-24	362	59	15.6	330	46	14.8	276	35	14.1
25-34	536	78	18.1	514	65	15.4	412	65	16.2
35-44	813	120	16.1	725	102	16.3	656	75	11.3
45-54	731	103	14.4	787	97	13.4	721	108	17.1
55-64	740	74	10.5	735	66	9.5	740	86	12.9
65+	978	64	5.3	1019	47	5.2	960	63	6.7
NIVEL SOCIOECONOMICO									
<\$15,000	1935	243	14.8	1857	217	15.2	1687	190	13.1
\$15-\$24,999	961	98	12.4	854	80	11.2	791	94	13.1
\$25-\$34,999	387	44	12.9	369	40	13.6	330	36	10.0
\$35-\$49,999	223	35	16.3	235	24	11.7	246	26	14.3
\$50-\$75,000	104	9	7.2	112	9	9.9	121	13	13.0
>\$75,000	108	7	6.8	120	8	9.4	0	0	0.0
NIVEL EDUCATIVO									
Escuela elemental o menos	1352	172	14.6	1300	145	14.8	1119	142	15.4
Graduado de Escuela Superior	1016	120	14.2	1034	107	13.5	986	95	9.8
Algún grado universitario	848	112	15.3	869	86	10.5	783	108	15.4
Graduado de Universidad	943	94	10.3	907	84	11.5	894	88	12.3
ESTADO MARITAL									
Casado/a	2305	207	10.3	2146	189	10.6	1935	169	10.5
Divorciado/a	493	80	20.9	543	67	15.3	557	83	17.6
Viudo/a	492	42	8.1	515	24	5.4	510	41	7.6
Separado/a	155	29	21.1	174	23	18.7	165	32	25.0
Nunca estuvo Casado/a	588	98	16.3	571	80	14.3	447	73	16.3
Vive en pareja pero sin estar casado/a	128	41	35.9	164	40	30.2	170	34	18.6
ESTADO DE EMPLEO									
Empleado/a	1335	174	14.1	1251	160	14.6	1183	148	14.2
Trabajador independiente	356	69	23.0	371	59	18.8	318	54	15.9
Desempleado > 1 año	80	14	23.6	84	11	15.4	73	15	23.3
Desempleado <1año	90	26	31.0	80	16	21.0	65	13	20.7
Realiza tareas del hogar	1149	10	9.0	1109	75	7.4	1060	82	9.0
Estudiante	186	26	10.9	182	19	12.4	156	18	13.8
Retirado	676	42	5.7	680	37	5.7	655	61	9.3
Incapacitado/a para trabajar	291	47	17.1	359	46	15.3	279	42	14.4

SOBREPESO & OBESIDAD								
INDICE MASA CORPORAL (BMI>25)								
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	SI							
	2003			2004			2005	
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	%
TOTAL	3937	2515	63.6	3837	2499	63.3	3589	62.7
GENERO								
Masculino	1486	1061	70.9	1398	992	69.0	1279	68.9
Femenino	2451	1454	56.9	2439	1507	58.1	2310	56.9
GRUPO DE EDAD								
18-24	352	148	42.6	316	124	38.5	272	35.5
25-34	527	301	59.6	502	287	58.8	405	57.5
35-44	801	525	67.8	706	453	66.5	641	71.1
45-54	711	518	74.4	760	562	75.8	709	72.1
55-64	696	502	74.8	684	497	74.6	707	75.4
65+	848	519	62.0	866	573	65.1	845	63.4
NIVEL SOCIOECONOMICO								
<\$15,000	1761	1151	65.9	1666	1093	64.3	1560	66.0
\$15-\$24,999	950	628	66.9	835	559	67.6	782	62.8
\$25-\$34,999	386	243	63.3	367	249	67.5	330	65.4
\$35-\$49,999	222	143	64.5	234	163	63.4	243	64.7
\$50-\$75,000	104	56	54.2	109	63	55.5	ND	ND
>\$75,000	107	67	66.0	120	69	57.2	ND	ND
NIVEL EDUCATIVO								
Escuela elemental o menos	1174	798	68.7	1083	753	66.7	967	65.0
Graduado de Escuela Superior	984	673	67.2	993	676	67.5	961	65.4
Algún grado universitario	840	512	60.5	855	541	62.3	774	60.8
Graduado de Universidad	935	530	58.3	903	526	56.8	884	59.7
ESTADO MARITAL								
Casado/a	2305	1530	68.6	2146	1424	66.8	1863	68.4
Divorciado/a	493	290	61.6	543	344	65.2	535	65.0
Viudo/a	492	258	53.2	515	270	54.3	434	60.5
Separado/a	155	91	56.4	174	99	57.3	156	66.7
Nunca estuvo Casado/a	588	262	42.5	571	251	41.8	433	44.8
Vive en pareja pero sin estar casado/a	128	84	67.4	164	108	63.0	163	67.0
ESTADO DE EMPLEO								
Empleado/a	1335	875	65.8	1251	825	65.1	1171	63.2
Trabajador independiente	356	226	63.1	371	243	63.9	312	69.3
Desempleado > 1 año	80	49	65.4	84	49	55.9	72	66.4
Desempleado <1año	90	54	63.4	80	49	54.9	63	65.4
Realiza tareas del hogar	1149	652	58.2	1109	599	53.7	934	64.9
Estudiante	186	66	34.7	182	66	37.1	152	28.9
Retirado	676	400	61.4	680	425	62.2	625	64.8
Incapacitado/a para trabajar	291	192	68.9	359	243	72.4	260	77.8

CONSUMO DE ALCOHOL "Binge drinking"								
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Consumo excesivo de alcohol en forma ocasional							
	2003			2004			2005	
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	%
TOTAL	4112	294	9.8	4056	364	12.3	3784	15.2
GENERO								
Masculino	1489	245	18.0	1392	267	21.7	1297	25.1
Femenino	2623	49	2.2	2664	97	4.1	2492	5.8
GRUPO DE EDAD								
18-24	357	48	16.4	323	45	17.3	278	22.8
25-34	526	20	10.6	505	70	17.1	412	20.6
35-44	804	27	11.6	713	94	15.1	656	16.6
45-54	721	30	8.8	774	82	12.2	739	13.5
55-64	726	39	11.6	724	42	7.8	743	10.4
65+	973	32	10.4	1009	31	2.9	961	4.6
NIVEL SOCIOECONOMICO								
<\$15,000	1920	101	6.7	1832	116	8.7	1690	10.6
\$15-\$24,999	951	76	11.1	841	100	14.7	792	14.8
\$25-\$34,999	381	39	12.5	367	46	15.5	331	17.2
\$35-\$49,999	219	26	14.3	230	32	14.8	246	25.8
\$50-\$75,000	102	23	13.8	108	21	22.9	221	25.4
>\$75,000	106	ND	ND	119	17	20.3	ND	12.1
NIVEL EDUCATIVO								
Escuela elemental o menos	1337	58	5.4	1284	73	8.2	1119	9.2
Graduado de Escuela Superior	1008	97	12.0	1016	117	15.4	986	15.5
Algún grado universitario	836	78	11.5	853	73	11.7	783	10.7
Graduado de Universidad	926	61	10.0	897	100	13.5	894	15.3
ESTADO MARITAL								
Casado/a	2305	165	8.7	2146	194	10.6	1935	12.5
Divorciado/a	493	34	7.7	543	48	12.8	557	15.4
Viudo/a	492	4	0.8	515	8	1.6	510	3.4
Separado/a	155	8	14.5	174	25	23.0	165	17.4
Nunca estuvo Casado/a	588	70	14.9	571	64	15.8	447	23.3
Vive en pareja pero sin estar casado/a	128	13	11.1	164	25	19.0	170	21.0
ESTADO DE EMPLEO								
Empleado/a	1335	133	13.0	1251	171	15.9	1183	18.9
Trabajador independiente	356	61	19.5	371	71	22.0	318	26.0
Desempleado > 1 año	80	8	16.1	84	11	15.7	73	9.4
Desempleado <1año	90	12	11.3	80	12	11.7	65	20.2
Realiza tareas del hogar	1149	15	1.6	1109	20	2.1	1060	4.7
Estudiante	186	15	8.2	182	25	19.9	156	24.4
Retirado	676	36	5.8	680	35	5.6	655	7.0
Incapacitado/a para trabajar	291	14	4.3	359	18	4.8	279	4.0

CANCER DE MAMAS			
Cernimiento con mamografía en los pasados 2 años			
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Falta de Cernimiento en Mujeres de 40 años en adelante		
	2004		
	TOTAL	n	%
GENERO			
Femenino	1872	530	28.9
GRUPO DE EDAD			
40-44	242	96	37.6
45-54	502	124	24.3
55-64	487	105	23.5
65+	641	205	32.9
NIVEL SOCIOECONOMICO			
<\$15,000	985	289	31.2
\$15-\$24,999	318	79	24.1
\$25-\$34,999	152	48	32.5
\$35-\$49,999	74	16	22.9
\$50-\$75,000	35	9	25.7
>\$75,000	37	6	19.8
NIVEL EDUCATIVO			
Escuela elemental o menos	746	239	33.0
Graduado de Escuela Superior	428	101	26.6
Algún grado universitario	325	95	28.8
Graduado de Universidad	373	95	25.1
ESTADO MARITAL			
Casado/a	882	228	25.3
Divorciado/a	334	81	28.7
Viudo/a	453	140	33.4
Separado/a	71	25	37.5
Nunca estuvo Casado/a	120	42	35.7
Vive en pareja pero sin estar casado/a	43	14	34.0
ESTADO DE EMPLEO			
Empleado/a	404	117	29.4
Trabajador independiente	79	19	25.4
Desempleado > 1 año	18	6	38.0
Desempleado <1año	15	6	40.2
Realiza tareas del hogar	900	261	30.1
Estudiante	2	0	0.0
Retirado	315	85	27.7
Incapacitado/a para trabajar	172	36	2.8

• Solamente se realiza esta pregunta en años pares

CANCER CUELLO-UTERINO			
Falta de Cernimiento con la Prueba de Pap en los pasados 3 años			
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Falta de Cernimiento en Mujeres mayores de 18 años		
	2004		
	TOTAL	n	%
TOTAL			
GENERO			
Femenino	1987	1491	27.5
GRUPO EDAD			
18-24	186	105	59.3
25-34	323	52	17.4
40-44	443	71	16.3
45-54	350	65	19.2
55-64	315	75	25.9
65+	370	123	32.3
NIVEL SOCIOECONOMICO			
<\$15,000	891	242	28.4
\$15-\$24,999	407	94	27.1
\$25-\$34,999	201	37	22.0
\$35-\$49,999	108	15	19.3
\$50-\$75,000	51	4	9.7
>\$75,000	53	8	17.0
NIVEL EDUCATIVO			
Escuela elemental o menos	548	156	27.4
Graduado de Escuela Superior	480	123	30.8
Algún grado universitario	434	120	33.9
Graduado de Universidad	524	91	19.4
ESTADO MARITAL			
Casado/a	926	148	15.3
Divorciado/a	301	56	21.8
Viudo/a	308	89	29.1
Separado/a	99	19	17.3
Nunca estuvo Casado/a	316	163	56.3
Vive en pareja pero sin estar casado/a	86	16	21.6
ESTADO DE EMPLEO			
Empleado/a	622	110	21.1
Trabajador independiente	112	21	20.0
Desempleado > 1 año	42	13	39.4
Desempleado <1año	41	16	36.9
Realiza tareas del hogar	802	174	21.1
Estudiante	113	68	62.6
Retirado	193	57	31.0
Incapacitado/a para trabajar	114	32	24.3

• Solamente se realiza esta pregunta en años pares

CANCER DE PROSTATA Cernimiento con Pruebas PSA			
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Hombres de 40 años o más que alguna vez se hayan hecho la Prueba (PSA)		
	2004		
	TOTAL	n	%
TOTAL			
GENERO			
Masculino	968	355	39.1
GRUPO DE EDAD			
40-44	120	78	65.3
45-54	270	116	41.2
55-64	232	75	32.4
65+	346	86	24.5
NIVEL SOCIOECONOMICO			
<\$15,000	452	196	45.6
\$15-\$24,999	226	74	34.9
\$25-\$34,999	83	32	40.1
\$35-\$49,999	57	17	35.3
\$50-\$75,000	29	7	26.8
>\$75,000	38	5	14.8
NIVEL EDUCATIVO			
Escuela elemental o menos	379	153	45.0
Graduado de Escuela Superior	256	101	42.5
Algún grado universitario	159	49	31.3
Graduado de Universidad	172	52	31.3
ESTADO MARITAL			
Casado/a	715	226	33.6
Divorciado/a	106	45	52.1
Viudo/a	51	14	28.7
Separado/a	40	19	47.1
Nunca estuvo Casado/a	54	28	62.4
Vive en pareja pero sin estar casado/a	37	23	71.4
ESTADO DE EMPLEO			
Empleado/a	286	23	44.3
Trabajador independiente	154	63	43.6
Desempleado > 1 año	20	13	53.6
Desempleado <1año	15	9	68.6
Realiza tareas del hogar	1	ND	ND
Estudiante	1	1	100.0
Retirado	362	88	25.1
Incapacitado/a para trabajar	165	7	36.6

• Solamente se realiza esta pregunta en años pares

ARTRITIS Adultos ≥18 años diagnosticados con Artritis			
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	2005		
	TOTAL	n	%
TOTAL	3784	1530	32.2
GENERO			
Masculino	1295	478	29.6
Femenino	2489	1052	34.5
GRUPO DE EDAD			
18-24	277	26	8.2
25-34	412	57	8.2
35-44	656	167	11.7
45-54	719	294	24.7
55-64	742	387	49.5
65+	959	595	63.5
NIVEL SOCIOECONOMICO			
<\$15,000	1687	816	40.8
\$15-\$24,999	790	290	30.2
\$25-\$34,999	331	106	24.1
\$35-\$49,999	246	82	29.6
\$50-\$75,000	121	26	19.3
>\$75,000	100	26	23.5
NIVEL EDUCATIVO			
Escuela elemental o menos	1113	598	46.7
Graduado de Escuela Superior	983	373	29.0
Algún grado universitario	783	258	25.5
Graduado de Universidad	893	297	28.6
ESTADO MARITAL			
Casado/a	1935	588	25.2
Divorciado/a	557	203	30.2
Viudo/a	510	310	56.1
Separado/a	165	56	25.0
Nunca estuvo Casado/a	447	48	5.3
Vive en pareja pero sin estar casado/a	170	41	20.6
ESTADO DE EMPLEO			
Empleado/a	1181	177	11.7
Trabajador independiente	313	57	11.2
Desempleado > 1 año	73	17	14.5
Desempleado <1año	65	10	11.7
Realiza tareas del hogar	1056	497	40.6
Estudiante	156	12	5.4
Retirado	654	319	46.8
Incapacitado/a para trabajar	279	58	50.5

• Solamente se realiza esta pregunta en años pares

ASMA									
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Adultos \geq de 18 años diagnosticados con Asma en algun momento en su vida								
	2003			2004			2005		
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%
TOTAL	4166	855	20.7	4117	776	18.8	3784	773	19.3
GENERO									
Masculino	2641	233	16.2	1439	183	13.4	1295	203	15.7
Femenino	1525	622	24.6	2678	593	23.6	2489	570	22.5
GRUPO DE EDAD									
18-24	362	93	30.0	330	93	27.2	277	80	24.7
25-34	537	113	23.7	514	104	20.3	412	97	20.2
35-44	813	156	17.6	725	148	19.8	656	127	19.3
45-54	731	156	18.2	786	138	13.9	720	168	19.8
55-64	740	174	21.7	734	123	14.5	741	113	13.8
65+	978	162	13.7	1020	168	16.8	959	187	17.9
NIVEL SOCIOECONOMICO									
<\$15,000	1936	405	20.7	1855	366	20.0	1687	356	19.1
\$15-\$24,999	961	193	20.9	855	148	17.0	792	174	22.1
\$25-\$34,999	387	79	20.1	369	61	13.9	331	64	17.3
\$35-\$49,999	223	34	16.4	235	44	18.6	246	51	21.1
\$50-\$75,000	104	24	16.4	112	9	9.5	121	22	13.4
>\$75,000	108	25	25.8	120	37	31.4	ND	ND	ND
NIVEL EDUCATIVO									
Escuela elemental o menos	1353	280	18.9	1298	215	15.6	1116	219	16.4
Graduado de Escuela Superior	1017	195	20.7	1034	188	18.1	985	186	17.1
Algún grado universitario	848	181	22.5	869	189	22.2	783	171	21.3
Graduado de Universidad	943	199	20.8	908	183	19.4	893	196	22.4
ESTADO MARITAL									
Casado/a	2305	430	18.0	2146	363	16.1	1935	340	16.7
Divorciado/a	493	111	22.4	543	108	19.3	557	135	23.9
Viudo/a	492	111	22.7	515	98	20.7	510	104	18.6
Separado/a	155	39	24.7	174	36	19.7	165	37	23.4
Nunca estuvo Casado/a	588	134	25.7	571	139	25.7	447	113	22.0
Vive en pareja pero sin estar casado/a	128	29	24.6	164	164	15.7	170	44	25.3
ESTADO DE EMPLEO									
Empleado/a	1335	267	20.9	1251	233	18.5	1183	226	18.9
Trabajador independiente	356	54	14.9	371	55	12.6	318	60	15.5
Desempleado > 1 año	80	12	12.7	84	15	23.1	73	14	21.2
Desempleado <1año	90	19	29.2	80	19	27.2	65	15	25.5
Realiza tareas del hogar	1149	250	22.3	1109	210	19.5	1060	222	19.8
Estudiante	186	51	27.9	182	49	24.7	156	50	26.2
Retirado	676	114	15.7	680	103	14.9	655	109	15.6
Incapacitado/a para trabajar	291	88	24.2	359	91	23.6	279	77	23.5

ARMAS DE FUEGO EN EL HOGAR			
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	2004		
	TOTAL	n	%
TOTAL	3784	78	2.2
GENERO			
Masculino	1295	55	3.8
Femenino	2489	23	0.8
GRUPO DE EDAD			
18-24	277	4	1.8
25-34	412	16	3.1
35-44	656	25	3.2
45-54	719	14	1.9
55-64	742	12	2.1
65+	959	7	0.8
NIVEL SOCIOECONOMICO			
<\$15,000	1687	5	0.3
\$15-\$24,999	790	25	2.8
\$25-\$34,999	331	18	4.4
\$35-\$49,999	246	13	4.6
\$50-\$75,000	121	4	2.6
>\$75,000	100	4	3.1
NIVEL EDUCATIVO			
Escuela elemental o menos	1113	3	0.4
Graduado de Escuela Superior	983	17	1.3
Algún grado universitario	783	28	4.1
Graduado de Universidad	893	30	3.0
ESTADO MARITAL			
Casado/a	2131	59	2.8
Divorciado/a	540	8	1.4
Viudo/a	510	1	0.4
Separado/a	173	1	0.5
Nunca estuvo Casado/a	568	7	1.7
Vive en pareja pero sin estar casado/a	163	2	2.3
ESTADO DE EMPLEO			
Empleado/a	1247	48	3.6
Trabajador independiente	361	11	2.2
Desempleado > 1 año	83	ND	ND
Desempleado <1año	80	1	1.9
Realiza tareas del hogar	1101	2	0.4
Estudiante	182	3	2.5
Retirado	676	8	1.4
Incapacitado/a para trabajar	359	5	1.5

• Solo se realizó en este año

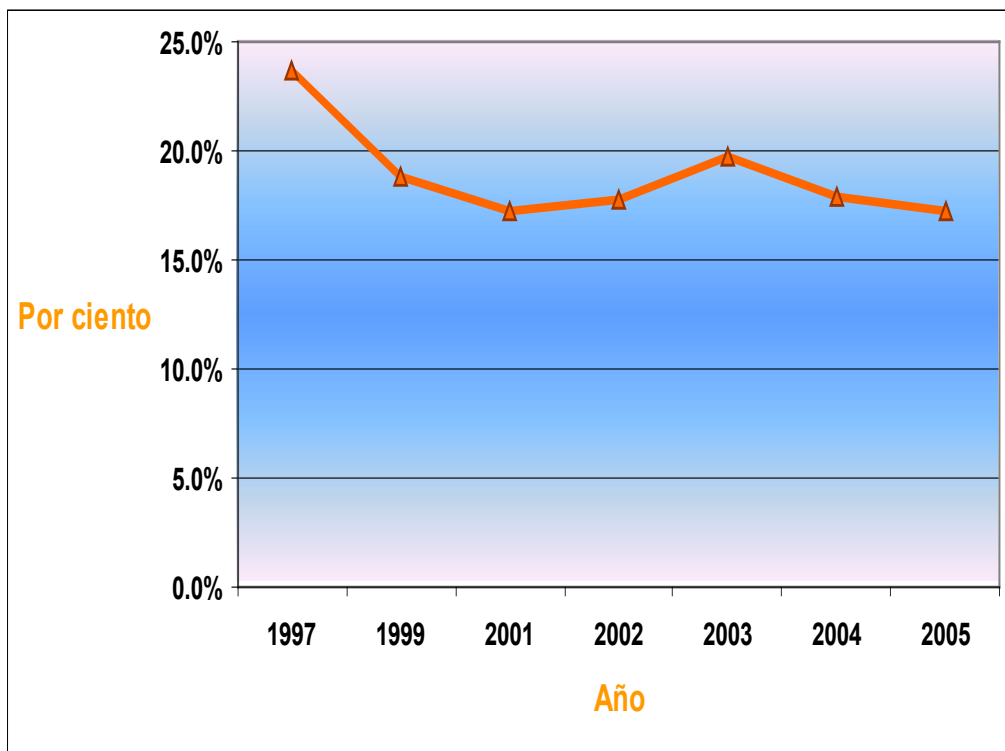
INMUNIZACION Neumonía									
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Adultos ≥ 18 años que se vacunaron contra la neumonía								
	2003			2004			2005		
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%
TOTAL	3955	680	16.2	3762	673	16.5	3405	563	15.3
GENERO									
Masculino	1411	288	18.2	1280	263	17.7	1120	242	19.5
Femenino	2544	392	14.5	2482	410	15.4	2285	321	11.8
GRUPO DE EDAD									
18-24	324	33	10.4	271	41	14.2	200	37	16.7
25-34	503	48	11.8	454	41	11.1	361	38	8.5
35-44	777	78	11.5	665	67	11.1	579	64	12.7
45-54	705	97	14.7	733	101	13.0	660	83	11.2
55-64	706	117	16.3	680	130	18.2	690	98	15.4
65+	935	306	32.9	952	292	32.7	896	241	28.3
NIVEL SOCIOECONOMICO									
<\$15,000	1844	368	19.0	1706	330	18.2	1536	269	16.3
\$15-\$24,999	917	154	15.6	779	141	15.5	718	129	18.0
\$25-\$34,999	362	47	16.2	338	58	18.7	301	53	14.0
\$35-\$49,999	218	28	10.3	215	31	15.1	226	28	12.8
\$50-\$75,000	102	15	10.6	104	13	15.3	108	10	10.2
>\$75,000	104	15	18.1	114	22	19.1	89	12	12.3
NIVEL EDUCATIVO									
Escuela elemental o menos	1289	277	20.1	1199	231	16.9	1019	172	14.5
Graduado de Escuela Superior	962	150	15.4	933	167	17.6	873	130	14.3
Algún grado universitario	795	106	12.1	784	126	14.6	686	126	17.9
Graduado de Universidad	904	147	16.5	838	148	16.8	820	134	14.8
ESTADO MARITAL									
Casado/a	2197	372	59.9	1977	340	54.6	1935	275	55.9
Divorciado/a	468	63	7.2	497	88	8.1	557	85	9.5
Viudo/a	479	133	10.8	469	123	11.1	510	111	11.0
Separado/a	148	18	1.8	162	29	3.8	165	16	2.5
Nunca estuvo Casado/a	539	76	16.9	501	74	17.1	447	58	16.2
Vive en pareja pero sin estar casado/a	119	16	3.4	148	18	5.4	170	18	4.9
ESTADO DE EMPLEO									
Empleado/a	1262	171	32.9	1136	146	29.1	1183	131	29.1
Trabajador independiente	330	29	4.9	333	41	10.9	318	28	8.4
Desempleado > 1 año	72	15	3.3	78	8	1.8	73	6	0.8
Desempleado <1año	83	7	1.9	72	11	3.2	65	7	1.7
Realiza tareas del hogar	1114	185	20.1	1025	165	16.9	1060	154	18.4
Estudiante	177	21	6.7	153	22	4.7	156	24	7.9
Retirado	645	187	22.3	638	198	24.0	655	163	26.4
Incapacitado/a para trabajar	269	65	8.0	320	81	9.5	279	50	7.2

INMUNIZACION Influenza									
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Adultos ≥ 65 años a riesgo por falta de inmunización								
	2003			2004			2005		
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%
TOTAL	969	592	59.8	1010	673	64.7	952	288	68.0
GENERO									
Masculino	351	204	57.1	355	215	60.5	296	113	60.7
Femenino	618	388	61.9	655	458	67.9	656	175	73.6
GRUPO DE EDAD									
65+	969	592	59.8	1010	673	64.7	952	288	68.1
NIVEL SOCIOECONOMICO									
<\$15,000	697	417	57.8	626	423	66.6	624	187	68.7
\$15-\$24,999	142	83	57.7	152	96	57.3	ND	ND	ND
\$25-\$34,999	25	19	70.2	36	28	84.5	ND	ND	ND
\$35-\$49,999	15	10	79.0	23	13	62.9	ND	ND	ND
\$50-\$75,000	5	2	54.4	7	4	41.3	ND	ND	ND
>\$75,000	5	5	100.0	13	8	46.6	ND	ND	ND
NIVEL EDUCATIVO									
Escuela elemental o menos	601	357	59.0	586	391	65.2	550	160	70.2
Graduado de Escuela Superior	150	94	57.0	178	117	64.7	158	39	76.0
Algún grado universitario	96	63	62.4	114	76	67.5	ND	ND	ND
Graduado de Universidad	119	76	64.2	130	87	58.7	ND	ND	ND
ESTADO MARITAL									
Casado/a	2305	460	19.7	2146	390	17.6	1922	318	16.3
Divorciado/a	493	114	21.2	543	95	17.7	555	104	17.9
Viudo/a	492	165	35.9	515	144	29.1	507	134	25.1
Separado/a	155	33	14.5	174	28	14.3	165	19	10.6
Nunca estuvo Casado/a	588	113	17.6	571	95	15.1	436	85	18.5
Vive en pareja pero sin estar casado/a	128	9	7.4	164	24	15.1	169	28	14.6
ESTADO DE EMPLEO									
Empleado/a	1335	206	15.4	1251	180	15.1	1177	174	14.8
Trabajador independiente	356	49	12.3	371	48	13.4	317	36	12.7
Desempleado > 1 año	80	16	24.1	84	15	22.0	72	11	10.1
Desempleado <1año	90	19	23.2	80	10	14.8	61	8	13.5
Realiza tareas del hogar	1149	260	21.8	1109	186	14.9	1055	178	14.3
Estudiante	186	26	14.1	182	29	13.0	150	30	17.7
Retirado	676	227	34.4	680	208	30.3	651	190	31.4
Incapacitado/a para trabajar	291	90	26.5	359	100	28.4	276	61	22.4

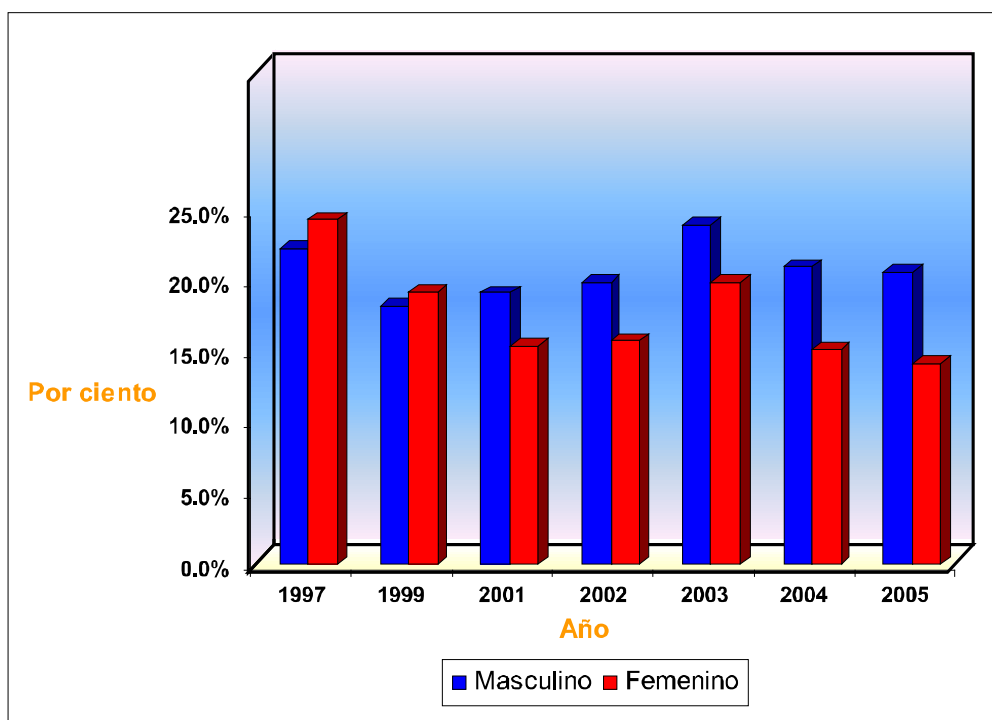
•ND = Información no disponible para este grupo de edad

Influenza

Prevalencia de Vacunación contra la Influenza, Puerto Rico 1997-2005



Prevalencia de Vacunación contra la Influenza por Género, Puerto Rico 1997-2005



ACTIVIDAD FISICA								
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Adultos ≥ de 18 años que realizaron actividad física en los pasados años							
	Realizo Actividad Física							
	2003			2004			2005	
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	n
TOTAL	4163	2166	54.8	4120	2133	53.4	3789	1820
GENERO								
Masculino	1524	892	61.8	1439	836	59.8	1297	715
Femenino	2639	1274	48.6	2681	1297	47.7	2492	1105
GRUPO DE EDAD								
18-24	362	218	61.8	330	191	61.9	278	150
25-34	537	297	55.6	514	292	58.9	412	225
35-44	811	472	59.0	725	388	52.8	656	318
45-54	731	345	50.4	786	402	51.7	721	345
55-64	739	371	52.0	736	369	46.7	742	333
65+	978	461	49.7	1021	487	47.2	961	440
NIVEL SOCIOECONOMICO								
<\$15,000	1936	871	46.2	1858	825	43.1	1690	711
\$15-\$24,999	961	537	56.4	855	472	54.5	792	388
\$25-\$34,999	385	232	63.4	369	234	67.8	331	189
\$35-\$49,999	223	145	66.0	235	148	62.6	246	160
\$50-\$75,000	104	81	70.7	112	76	66.1	ND	ND
>\$75,000	108	78	72.3	120	93	77.5	100	71
NIVEL EDUCATIVO								
Escuela elemental o menos	1352	539	40.6	1301	517	37.2	1119	388
Graduado de Escuela Superior	1017	528	55.8	1034	535	53.0	986	466
Algún grado universitario	848	499	59.4	869	499	59.1	783	429
Graduado de Universidad	941	598	64.5	908	575	64.5	894	535
ESTADO MARITAL								
Casado/a	2302	1092	45.4	2142	1036	47.5	1935	974
Divorciado/a	493	230	44.7	543	244	48.1	557	296
Viudo/a	492	282	58.0	515	284	56.1	510	299
Separado/a	155	83	58.5	174	84	52.9	165	93
Nunca estuvo Casado/a	588	239	36.4	570	249	38.6	447	207
Vive en pareja pero sin estar casado/a	128	68	55.4	164	88	51.1	170	97
ESTADO DE EMPLEO								
Empleado/a	1333	576	40.8	1251	548	42.5	1183	561
Trabajador independiente	356	138	37.5	371	153	42.4	318	158
Desempleado > 1 año	80	37	53.3	84	40	47.7	73	45
Desempleado <1año	90	45	46.5	80	35	38.2	65	30
Realiza tareas del hogar	1148	647	54.9	1109	617	56.6	1060	606
Estudiante	186	76	39.0	182	72	37.1	156	59
Retirado	676	276	39.3	670	280	42.7	655	306
Incapacitado/a para trabajar	291	201	69.4	359	241	68.7	279	204

DIABETES								
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Adultos ≥18 años diagnosticados con Diabetes							
	2003			2004			2005	
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	n
TOTAL	4164	590	11.0	4112	571	10.7	3785	657
GENERO								
Masculino	1523	213	10.8	1436	193	10.4	1295	222
Femenino	2641	377	11.2	2676	378	10.9	2490	435
GRUPO DE EDAD								
18-24	360	2	0.4	329	4	1.1	278	7
25-34	537	11	1.4	514	7	0.9	411	6
35-44	813	40	4.9	724	34	5.8	656	40
45-54	731	87	11.9	786	100	13.0	718	101
55-64	740	162	22.1	734	170	23.0	742	197
65+	978	288	28.6	1017	254	23.5	961	304
NIVEL SOCIOECONOMICO								
<\$15,000	1934	384	17.1	1854	341	15.8	1689	398
\$15-\$24,999	961	116	10.4	855	95	8.8	790	113
\$25-\$34,999	387	26	6.3	369	26	6.2	330	28
\$35-\$49,999	223	14	6.0	235	13	4.3	246	21
\$50-\$75,000	104	6	5.3	112	10	11.1	121	5
>\$75,000	108	7	5.9	120	7	3.9	100	7
NIVEL EDUCATIVO								
Escuela elemental o menos	1351	315	20.7	1295	285	18.9	1116	315
Graduado de Escuela Superior	1017	126	8.3	1034	133	10.3	985	156
Algún grado universitario	848	69	6.4	869	78	7.2	783	87
Graduado de Universidad	943	78	7.8	907	74	6.1	894	96
ESTADO MARITAL								
Casado/a	2305	319	67.1	2145	288	63.5	1932	351
Divorciado/a	493	72	8.2	541	85	9.6	556	92
Viudo/a	492	139	15.7	512	129	14.1	510	152
Separado/a	155	16	2.2	174	22	4.4	165	18
Nunca estuvo Casado/a	587	32	4.9	569	34	6.5	447	25
Vive en pareja pero sin estar casado/a	127	11	1.9	164	13	1.9	170	18
ESTADO DE EMPLEO								
Empleado/a	1335	83	18.8	1250	73	14.3	1182	95
Trabajador independiente	355	28	6.5	371	28	13.1	318	22
Desempleado > 1 año	80	10	2.5	83	8	1.2	72	9
Desempleado <1año	89	3	0.5	80	3	1.6	65	8
Realiza tareas del hogar	1149	232	30.1	1106	196	29.4	1059	253
Estudiante	186	1	0.2	181	1	0.0	156	4
Retirado	676	170	30.3	679	160	24.5	655	182
Incapacitado/a para trabajar	291	62	11.1	357	102	15.8	278	84

HIPERTENSION						
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Adultos ≥18 años diagnosticados con hipertension					
	2003			2005		
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%
TOTAL	4164	1394	27.3	3784	1495	31.2
GENERO						
Masculino	1524	484	25.5	1295	478	29.6
Femenino	2640	910	29.0	2489	1017	32.6
GRUPO DE EDAD						
18-24	362	14	3.8	277	21	6.8
25-34	547	46	8.2	412	48	10.0
35-44	812	142	18.7	656	154	22.9
45-54	730	251	33.9	719	291	38.9
55-64	740	364	47.1	742	385	49.3
65+	978	576	57.5	959	592	63.2
NIVEL SOCIOECONOMICO						
<\$15,000	1935	817	36.3	1687	805	40.1
\$15-\$24,999	961	275	25.4	790	278	28.4
\$25-\$34,999	387	83	19.5	331	104	23.6
\$35-\$49,999	223	58	25.2	246	80	28.6
\$50-\$75,000	104	19	12.7	121	25	19.0
>\$75,000	108	26	26.0	100	25	22.3
NIVEL EDUCATIVO						
Escuela elemental o menos	1352	626	41.2	1115	93	46.0
Graduado de Escuela Superior	1017	331	26.2	986	365	28.1
Algún grado universitario	847	203	18.8	782	248	24.3
Graduado de Universidad	943	232	21.8	894	285	27.4
ESTADO MARITAL						
Casado/a	2303	766	30.7	1935	758	34.4
Divorciado/a	493	189	32.6	557	235	37.2
Viudo/a	492	272	52.6	510	309	59.6
Separado/a	155	139	17.9	165	58	26.1
Nunca estuvo Casado/a	588	96	9.9	447	87	13.3
Vive en pareja pero sin estar casado/a	128	29	21.4	170	47	19.4
ESTADO DE EMPLEO						
Empleado/a	1333	263	18.2	1183	873	78.0
Trabajador independiente	356	76	18.2	318	240	80.9
Desempleado > 1 año	80	21	22.8	73	45	69.1
Desempleado <1año	90	14	13.2	65	52	85.4
Realiza tareas del hogar	1149	494	37.9	1060	531	55.3
Estudiante	186	9	3.6	156	139	94.2
Retirado	676	371	52.9	655	292	44.5
Incapacitado/a para trabajar	291	146	49.3	279	117	42.9

• Solo se realiza en años impares

COLESTEROL						
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Adultos ≥18 años diagnosticados con colesterol alto					
	2003			2005		
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%
TOTAL	3648	1228	30.3	3118	1399	39.1
GENERO						
Masculino	1280	420	30.9	1041	441	38.0
Femenino	2368	808	29.9	2077	958	40.1
GRUPO DE EDAD						
18-24	201	20	9.6	134	18	11.2
25-34	423	52	12.9	267	54	18.8
35-44	721	162	24.1	538	171	33.2
45-54	675	239	37.5	633	302	49.2
55-64	698	336	46.5	654	369	56.1
65+	927	418	43.3	877	481	51.2
NIVEL SOCIOECONOMICO						
<\$15,000	1706	661	36.0	1393	701	45.3
\$15-\$24,999	839	260	29.6	665	265	35.2
\$25-\$34,999	353	97	25.6	285	285	32.5
\$35-\$49,999	208	52	23.7	216	216	41.3
\$50-\$75,000	97	24	27.3	ND	ND	ND
>\$75,000	102	27	25.1	ND	ND	ND
NIVEL EDUCATIVO						
Escuela elemental o menos	1210	510	39.3	920	500	52.3
Graduado de Escuela Superior	850	274	29.2	756	341	39.0
Algún grado universitario	713	206	27.3	653	266	35.4
Graduado de Universidad	871	235	25.0	783	287	31.7
ESTADO MARITAL						
Casado/a	2095	709	32.7	1657	742	42.4
Divorciado/a	441	149	34.1	462	210	40.6
Viudo/a	461	207	44.7	466	267	52.2
Separado/a	130	41	24.1	126	50	31.0
Nunca estuvo Casado/a	412	98	16.4	290	86	22.3
Vive en pareja pero sin estar casado/a	106	23	19.0	113	42	33.1
ESTADO DE EMPLEO						
Empleado/a	1169	290	24.0	960	341	32.2
Trabajador independiente	295	81	27.8	231	83	34.9
Desempleado > 1 año	64	17	25.1	55	20	36.7
Desempleado <1año	71	11	12.7	46	11	21.0
Realiza tareas del hogar	1036	421	39.0	884	476	50.7
Estudiante	102	17	13.4	92	12	10.8
Retirado	649	865	37.9	596	303	47.8
Incapacitado/a para trabajar	260	125	47.8	254	153	60.2

• Solo se realizó en años impares

SALUD ORAL			
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Adultos a riesgo por extracción o remoción de dientes permanentes		
	2004		
	TOTAL	n	%
TOTAL	4079	3063	67.3
GENERO			
Masculino	1423	1037	66.0
Femenino	2656	2026	68.4
GRUPO DE EDAD			
18-24	329	128	34.4
25-34	511	247	46.8
35-44	719	475	64.5
45-54	779	626	80.4
55-64	732	659	89.2
65+	1001	921	92.7
NIVEL SOCIOECONOMICO			
<\$15,000	1846	1546	78.9
\$15-\$24,999	842	613	67.6
\$25-\$34,999	367	248	61.2
\$35-\$49,999	234	134	51.8
\$50-\$75,000	111	61	52.9
>\$75,000	120	58	37.8
NIVEL EDUCATIVO			
Escuela elemental o menos	1286	1150	86.3
Graduado de Escuela Superior	1024	799	71.4
Algún grado universitario	862	587	59.5
Graduado de Universidad	899	521	51.1
ESTADO MARITAL			
Casado/a	2124	1636	73.4
Divorciado/a	541	434	76.5
Viudo/a	505	452	88.6
Separado/a	172	130	65.5
Nunca estuvo Casado/a	566	283	40.2
Vive en pareja pero sin estar casado/a	163	125	70.6
ESTADO DE EMPLEO			
Empleado/a	1242	789	59.9
Trabajador independiente	368	247	61.5
Desempleado > 1 año	84	60	66.7
Desempleado <1año	80	53	66.7
Realiza tareas del hogar	1101	942	81.6
Estudiante	180	62	28.0
Retirado	666	598	90.4
Incapacitado/a para trabajar	180	308	83.0

• Solo en años pares

CANCER COLORECTAL Cernimiento de Cáncer Colorectal			
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Adultos ≥ de 50 años que nunca se ha hecho una sigmoidoscopia o colonoscopia		
	2004		
	A RIESGO		
	TOTAL	n	%
TOTAL	2125	1400	66.4
GENERO			
Masculino	730	473	67.1
Femenino	1395	927	65.8
GRUPO DE EDAD			
50-54	410	326	80.8
55-64	723	492	69.7
65+	992	582	55.8
NIVEL SOCIOECONOMICO			
<\$15,000	1166	801	68.9
\$15-\$24,999	381	243	66.8
\$25-\$34,999	135	86	66.5
\$35-\$49,999	80	52	69.9
\$50-\$75,000	33	17	47.7
>\$75,000	39	19	48.2
NIVEL EDUCATIVO			
Escuela elemental o menos	1003	678	68.3
Graduado de Escuela Superior	477	331	70.4
Algún grado universitario	305	193	64.4
Graduado de Universidad	339	198	58.2
ESTADO MARITAL			
Casado/a	1140	745	66.4
Divorciado/a	303	192	66.8
Viudo/a	470	300	60.5
Separado/a	65	48	76.5
Nunca estuvo Casado/a	106	81	78.2
Vive en pareja pero sin estar casado/a	40	33	87.0
ESTADO DE EMPLEO			
Empleado/a	315	235	77.4
Trabajador independiente	145	105	73.8
Desempleado > 1 año	17	13	64.0
Desempleado <1año	5	5	100.0
Realiza tareas del hogar	728	493	65.2
Estudiante	3	3	100.0
Retirado	653	385	59.0
Incapacitado/a para trabajar	259	161	65.4

• Solo en años pares

HIV/SIDA									
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Adultos entre 18 y 64 años que se han realizado la Prueba de HIV/SIDA alguna vez en su vida								
	2003			2004			2005		
	SI			SI			SI		
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%
TOTAL	3144	1406	46.1	3009	1396	44.9	2772	1274	45.9
GENERO									
Masculino	1149	471	42.6	1047	450	41.4	969	412	41.6
Femenino	1995	935	49.2	1962	946	48.1	1803	862	49.8
GRUPO DE EDAD									
18-24	355	146	38.9	325	110	29.8	274	93	29.9
25-34	536	362	63.0	505	322	58.9	408	277	63.9
35-44	808	438	54.5	713	446	60.2	645	387	56.9
45-54	723	273	39.2	763	305	38.4	708	301	41.4
55-64	722	187	26.8	703	213	27.9	719	211	28.8
NIVEL SOCIOECONOMICO									
<\$15,000	1210	523	46.7	1190	527	42.8	1039	438	44.2
\$15,000-\$24,999	810	368	46.2	688	322	44.5	663	318	45.2
\$25,000-\$34,999	361	170	46.8	324	170	54.6	283	163	55.9
\$35,000-\$49,999	205	99	49.8	210	118	52.7	228	112	49.9
\$50,000-\$74,000	99	67	58.7	102	57	49.8	ND	ND	ND
>\$75,000	102	57	53.4	101	64	60.4	ND	ND	ND
NIVEL EDUCATIVO									
Escuela elemental o menos	725	236	35.7	671	224	34.6	545	190	35.7
Graduado de Escuela Superior	859	349	42.3	836	371	40.9	809	315	37.0
Algún grado universitario	740	369	49.9	740	373	46.3	653	351	52.6
Graduado de Universidad	818	452	53.7	758	428	55.2	760	418	54.9
ESTADO MARITAL									
Casado/a	1830	1031	57.6	1621	882	52.9	1482	670	58.2
Divorciado/a	383	188	6.6	428	179	6.7	425	240	11.7
Viudo/a	138	86	2.5	139	94	2.8	136	46	2.5
Separado/a	128	52	2.5	149	64	3.3	144	83	5.2
Nunca estuvo Casado/a	549	332	27.3	520	328	29.1	417	143	15.1
Vive en pareja pero sin estar casado/a	115	49	3.5	148	64	5.3	148	87	7.3
ESTADO DE EMPLEO									
Empleado/a	1291	632	42.0	1193	556	39.3	1124	585	48.7
Trabajador independiente	330	176	10.7	322	167	12.0	291	142	14.7
Desempleado > 1 año	78	41	3.1	81	37	2.1	71	32	1.9
Desempleado <1año	87	48	3.5	78	36	2.1	63	27	2.1
Realiza tareas del hogar	749	438	17.5	704	415	17.1	641	278	16.4
Estudiante	185	125	10.9	178	130	14.0	153	61	8.0
Retirado	192	125	5.1	174	115	5.6	198	64	3.5
Incapacitado/a para trabajar	231	152	7.0	278	157	7.7	213	80	4.8

CONSUMO DE FRUTAS Y VEGETALES						
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Cinco (5) o más porciones de frutas y vegetales por día					
	2003			2005		
	TOTAL	n	%	TOTAL	n	%
TOTAL	3975	607	15.3	3760	591	14.3
GENERO						
Masculino	1454	205	13.1	1284	193	14.0
Femenino	2521	402	17.3	2476	398	14.6
GRUPO DE EDAD						
18-24	357	53	14.5	276	36	10.7
25-34	527	75	14.6	410	58	12.3
35-44	798	131	15.8	655	94	14.9
45-54	698	102	13.0	718	117	15.6
55-64	697	99	15.8	732	118	16.7
65+	893	146	18.5	951	163	11.4
NIVEL SOCIOECONOMICO						
<\$15,000	1806	253	15.5	1677	246	14.0
\$15-\$24,999	940	147	14.5	789	123	14.0
\$25-\$34,999	384	66	16.9	330	58	13.8
\$35-\$49,999	220	47	19.2	246	49	16.6
\$50-\$75,000	103	26	22.3	121	21	14.7
>\$75,000	107	16	17.2	100	15	10.1
NIVEL EDUCATIVO						
Escuela elemental o menos	1234	142	12.6	1106	137	11.4
Graduado de Escuela Superior	985	153	15.5	976	160	15.7
Algún grado universitario	828	137	15.7	782	108	10.7
Graduado de Universidad	923	175	17.6	890	185	18.9
ESTADO MARITAL						
Casado/a	2220	352	59.2	1918	299	55.4
Divorciado/a	468	85	6.2	553	100	11.7
Viudo/a	443	58	6.2	505	87	8.0
Separado/a	146	23	3.3	165	17	2.8
Nunca estuvo Casado/a	568	67	20.9	446	59	15.5
Vive en pareja pero sin estar casado/a	125	21	4.2	169	28	6.6
ESTADO DE EMPLEO						
Empleado/a	1296	206	39.3	1180	167	34.4
Trabajador independiente	350	63	9.2	310	61	13.3
Desempleado > 1 año	77	11	2.5	73	13	1.9
Desempleado <1año	87	11	3.5	65	10	2.8
Realiza tareas del hogar	1063	143	19.6	1052	156	18.9
Estudiante	184	21	7.3	154	18	5.3
Retirado	651	121	10.9	650	125	17.4
Incapacitado/a para trabajar	264	31	7.7	276	41	6.1

REFERENCIAS

Referencia

- 1 CDC. Quality of Life. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/logos.htm>
- 2 ¿Qué es Gerontología? Disponible en: <http://www.gerontologia.com.ar/gerontologia.html>
- 3 Discapacidad. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad>.
- 4 U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010 Midcourse Review. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, December 2006.
- 5 Sistemas de Salud. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_systems
- 6 American Heart Association. Healthy Lifestyles. Disponible en: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml>
- 7 Frutas y Vegetales. Disponible en: <http://www.consumaseguridad.com>)
- 8 Fruits and Vegetables Benefits. Disponible en: <http://www.fruitsandveggiesmatter.gov/benefits/index.html>
- 9 Sociedad Americana del Cáncer. El uso del tabaco y el cáncer entre los hispanos/latinos Disponible en: www.cancer.org
- 10 National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. NIAAA council approves definition of binge drinking. NIAAA Newsletter 2004; No. 3, p. 3. Disponible en: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf.
- 11 Alcohol Consumption Disponible en: http://www.cdc.gov/alcohol/quickstats/binge_drinking.htm
- 12 US Preventive Service Task Force. Screening for Cervical Cancer: Recommendations and Rationale. AHRQ Publication 03-515A January 2003. Agency for Health Care Research and Quality, Rockville, MD.)
- 13 US Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002
- 14 Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, et al.: SEER Cancer Statistics Review, 1975-2003. Bethesda, Md: National Cancer Institute, 2006.

- 15 Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN.(2002) Screening for colorectal cancer in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine;137:132–141)
- 16 U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research Quality; 2002.
- 17 Diabetes. Disponible en: <http://www.cdc.gov/Features/LivingWith Diabetes/>)
- 18 UNDERSTANDING HYPERTENSION – PATIENT INFORMATION GUIDE, AMERICAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2004. Disponible en: www.Americanheart.org
- 19 Lawes cm, Vander Hoorn S, Rodgers A, et.al. (2005) Global burden of blood-pressure-related disease, 2001 Lancet 3;371(9623): 1480-2.
- 20 Hipertensión. Disponible en: www.webmd.com/hypertension-high-blood-pressure/guide/how-prevent-high-blood-pressure
- 21 Asma. Disponible en: www.cdc.gov/health/asthma.htm
- 22 Rhodes L, Moorman JE, Redd SC, Mannino DM (2003) Self-Reported asthma prevalence and control among adults – United status 2001 MMWR 52(17):381-84
- 23 Kit de presentación sobre el asma para profesionales de la salud. Disponible en: www.cdc.gov/health/asthma.htm
- 24 Colesterol. Disponible en: http://www.cdc.gov/dhdsp/library/fs_cholesterol
- 25 HIV. Disponible en: <http://www.muevamueva.com/social/sida/info-vih.htm>
- 26 HIV. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/hispanics/>
- 27 Artritis. Disponible en: <http://www.arthritis.org/espanol/>



INFORME ANUAL 2015
UNIFORME REGIONAL BRFSS
2 PUERTO RICO BRFSS