

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS PERSONAS DE 60-69 AÑOS

VICTORIA CASTRO, LIC. EN SOC.,⁽¹⁾ HÉCTOR GÓMEZ-DANTÉS, M.C., M. EN C.S.,⁽²⁾
JESÚS NEGRETE-SÁNCHEZ, M.C.,⁽³⁾ ROBERTO TAPIA-CONYER, M.C., M.S.P., M. EN C.⁽³⁾

Castro V, Gómez-Dantés H,
Negrete-Sánchez J, Tapia-Conyer R.
Las enfermedades crónicas
en las personas de 60-69 años.
Salud Publica Mex 1996;38:438-447.

Castro V, Gómez-Dantés H,
Negrete-Sánchez J, Tapia-Conyer R.
Chronic diseases among
people 60-69 years old.
Salud Publica Mex 1996;38:438-447.

RESUMEN

Objetivo. Determinar las prevalencias nacionales y regionales de hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como identificar los factores de riesgo genéticos, ambientales y de estilos de vida asociados a dichas enfermedades. **Material y métodos.** Se analizó la información de 1 239 sujetos de 60 a 69 años de edad proveniente de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (México, 1993). Se tomaron mediciones de peso, talla, presión arterial, agudeza visual, hemoglobina glicosilada, colesterol, lipoproteínas de alta y baja densidad, insulina, fructosamina, triglicéridos y albúmina urinaria. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS; se efectuaron pruebas de ji cuadrada y de Mantel Haenszel. **Resultados.** Se encontró una prevalencia de 38% para hipertensión, 25% para obesidad y 21% para diabetes. El 28% de los hipertensos y el 18% de los diabéticos fueron hallazgos de la encuesta; 33% de los hipertensos no estaba bajo tratamiento médico. Se discuten las diferencias regionales por sexo y por factores de riesgo. Las mujeres se encontraron con

ABSTRACT

Objectives. The results of the National Survey of Chronic Diseases (Mexico, 1993) regarding the prevalence of hypertension, diabetes mellitus and obesity in the 60 to 69 years old group are presented on a national and regional level. **Material and methods.** Measurements taken included weight, height, blood pressure, visual acuity, glycosilated hemoglobin, cholesterol, lipoproteins, insulin, tryglicerides and albumin. Data analysis were performed using the statistical package SPSS to carry out Mantel-Haenszel and chi square tests. **Results.** Analysis of data for 1 239 individuals showed that 38% of the aging population have hypertension, 25% are obese and 21% have diabetes. Findings showed that 28% of the individuals with hypertension and 18% of those with diabetes were detected through the survey. Obesity was strongly associated with hypertension and 33% of cases were not under treatment. Differences on the regional level are presented and results are discussed by sex and risk factors. The risk of diabetes was higher in those with other family members with diabetes, while

(1) Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud (SSA), México.

(2) Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI), Instituto Nacional de Salud Pública, México.

(3) Dirección General de Epidemiología, SSA, México.

Fecha de recibido: 18 de julio de 1996

Fecha de aprobado: 31 de octubre de 1996

mayor prevalencia para estas patologías. La obesidad se encontró asociada a la hipertensión, mientras que los antecedentes familiares, la microalbuminuria e hipercolesterolemia se asociaron a la diabetes mellitus. **Conclusiones.** Los hallazgos apoyan la necesidad de intensificar los programas de detección temprana e intervenciones que prevengan la mortalidad prematura por estas enfermedades.

Palabras clave: anciano; hipertensión; diabetes mellitus no insulino-dependiente; enfermedad crónica; encuestas epidemiológicas; México

*microalbuminuria and hypercholesterolemia were associated with diabetes in this population. **Conclusions.** The results of the study support the need to improve early detection programs and intensify those interventions that prevent early mortality due to these particular diseases.*

Key words: elderly; hypertension; non-insulin-dependent diabetes mellitus; chronic disease; health surveys; Mexico

Solicitud de sobretiros: Ma. Victoria Castro. Consejo Nacional contra las Adicciones. Aniceto Ortega 1321, 5o. piso, colonia Del Valle, 03100 México, D. F.

LA ESTRUCTURA POBLACIONAL de México ha cambiado en los últimos 25 años debido al descenso en los niveles tanto de la mortalidad como de la fecundidad. Una consecuencia de esta dinámica demográfica es el incremento sustancial de la población de 60 años y más, que en 1970 representó 3.7% de la población y, en 1990, ascendió a 4.2%. Las proyecciones indican que para el año 2010 este grupo representará 7.7% de la población total, y se estima que para el 2030 la población de la tercera edad alcanzará la cifra de 17 millones de personas.¹

En forma paralela a las intervenciones dirigidas al control intensivo de los padecimientos infecto-contagiosos, los determinantes de la transición demográfica contribuyen a marcar los cambios que ocurren en el proceso salud-enfermedad y ambos favorecen la emergencia de las enfermedades crónico-degenerativas que hoy en día constituyen las principales causas de muerte en la población adulta y anciana. El proceso de cambio está marcado por la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, que pasó de 7.71 defunciones por 1 000 habitantes en 1950 a 0.75 en 1990, y por el incremento de la tasa de mortalidad por las enfermeda-

des crónico-degenerativas, que ascendió de una tasa de 1.04 a otra de 2.15 en el mismo periodo.*

Las enfermedades de la tercera edad se pueden dividir en dos grupos: las dependientes de la edad y las relacionadas con la edad. Las primeras son aquellas cuya patogénesis está directamente relacionada con el proceso de envejecimiento; destacan entre ellas las cerebrovasculares, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson y la osteoporosis, entre otras. El riesgo de padecerlas se incrementa directamente con la edad, y se observa una clara preponderancia femenina debido a la mayor longevidad de las mujeres. Dentro de las enfermedades relacionadas con la edad están las neurológicas, la esclerosis múltiple, la esquizofrenia y otras como la úlcera péptica, la gota, la colitis ulcerativa y las hemorroides. Además de estar relacionadas con la edad, las siguientes son las causas de muerte más frecuentes en este grupo poblacional: enfermedades del corazón, tumores malignos.

* Castro V, Valdez C. La transición epidemiológica y demográfica por entidad federativa. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1994. Documento no publicado.

nos, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, influenza, neumonía y accidentes. El curso y la severidad de ambos grupos de padecimientos están vinculados con algunos condicionantes sociales como la viudez, el aislamiento social y la carencia de servicios de salud para algunos estratos socioeconómicos de la población anciana.

Durante 1980 las principales causas de muerte en la población masculina de 60 años y más fueron: infarto al miocardio, con una tasa de 2.95 por 1 000 habitantes; disritmia cardíaca, 2.69; neumonía, 2.63; enfermedad de la circulación pulmonar 2.58, y diabetes, con 2.31. Para 1990 la tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio había aumentado en un tercio, 4.16, respecto al periodo anterior, y ocupaba el primer lugar; la diabetes mellitus seguía en segundo con un valor de 3.17, y la enfermedad de la circulación pulmonar con 2.01.

En la década de los ochenta la diabetes mellitus fue la segunda causa de mortalidad para las mujeres, con una tasa de 3.01; en 1990 ocupó el primer lugar con una tasa de 4.13. En 1990 las enfermedades del corazón estuvieron entre las principales causas de muerte de las mujeres: así, el infarto agudo al miocardio tuvo una tasa de 2.92; la enfermedad de la circulación y pulmonar y otras del corazón presentaron una tasa de 2.36 y la enfermedad isquémica del corazón una de 1.24.* En 1993 las enfermedades del corazón, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares siguieron siendo las principales causas de muerte entre las personas de 65 años y más, constituyendo 47% del total de defunciones (85 810 muertes). Para ese año hubo 46 159 casos de diabetes mellitus y 69 159² de hipertensión arterial.

Una de las características de la transición epidemiológica es la sustitución de las enfermedades transmisibles por las crónicas. En este fenómeno destacan tres aspectos: el primero es que el ritmo del descenso de los problemas infecciosos es más rápido y el impacto de las intervenciones es casi inmediato, mientras que el ascenso de las enfermedades crónicas es lento pero constante. El segundo es que la protección y las intervenciones dirigidas al control de las enfermedades infecciosas benefician sobre todo a la población infantil, mientras que en el caso de las enfermedades crónicas existe un común denominador de riesgos al que toda la población se ve

expuesta en tanto aumenta su edad. El tercero y último es que mientras en los problemas transmisibles la curación es inmediata y casi siempre se acompaña de inmunidad permanente, en las enfermedades crónico-degenerativas el proceso es lento, no hay inmunidad, su severidad va en aumento y es discapacitante.

La transición epidemiológica obliga a analizar la magnitud del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva del incremento en la prevalencia, las necesidades de prevención, los costos de la atención de estas enfermedades, las necesidades de rehabilitación y la planeación de los servicios de salud que deben atender una demanda creciente de servicios médicos especializados, de alto costo, dependientes de la tecnología y de bajo impacto en la salud poblacional.

Dada la importancia de la hipertensión y de la diabetes como causas de morbilidad y mortalidad en personas de la tercera edad, en este trabajo se buscó conocer las prevalencias nacionales y regionales para estos dos padecimientos, a la vez que identificar su asociación con otras enfermedades como la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad renal crónica y la obesidad, así como con factores de riesgo genéticos y ambientales y estilos de vida como el tabaquismo y el consumo de alcohol.

MATERIAL Y MÉTODOS

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC)³ es de tipo probabilístico, con un diseño polietápico donde las viviendas constituyeron la última etapa del muestreo. Se realizó en 1993 y comprendió a los sujetos de 20 a 69 años cumplidos y que residieran en localidades urbanas del país, es decir, de más de 2 500 habitantes. La encuesta tiene representatividad nacional y regional y el tamaño de la muestra fue de aproximadamente 4 000 individuos por región. La República Mexicana se dividió en cuatro zonas: 1) la zona metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) que incluye al Distrito Federal y al Estado de México; 2) la zona norte integrada por Baja California, Sonora, Coahuila, Chihuahua y Nuevo León; 3) la zona centro formada por Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Querétaro, y 4) la zona sur, donde se incorporaron los estados de Campeche, Oaxaca, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

Se tomaron mediciones de peso y talla, presión arterial y agudeza visual de cada individuo en la familia, y

*Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. México, D.F.: SSA, Dirección General de Epidemiología, 1990. Documento no publicado.

se tomaron muestras de sangre capilar para la medición de hemoglobina glicosilada y de sangre venosa casual y/o en ayunas para la medición del colesterol, las fracciones lipoproteicas/lipoproteínas de alta (HDL) y baja densidad (LDL), insulina, fructosamina y triglicéridos. Finalmente, se obtuvo una muestra de orina casual en cada individuo entrevistado para un examen general y para la cuantificación de microalbuminuria.

El hipertenso quedó definido por dos criterios: a) aquella persona que se declaró hipertensa en el momento de la entrevista con diagnóstico médico previo, y/o que se encontraba bajo tratamiento antihipertensivo sin importar las cifras tensionales, y b) aquella que durante la entrevista y la toma de la tensión arterial presentó cifras iguales o superiores a 140 mmHg sistólica y/o 90 mmHg diastólica. En este trabajo se consideró una tensión arterial igual o superior a 160/90 mmHg para la población de 60 años y más, rangos en los que existe consenso para considerar hipertensas a personas de estas edades.⁴

La definición de las personas diabéticas se basó en dos normas: a) toda persona que al momento de la encuesta se reconociera como diabética, previamente diagnosticada por un médico y/o que se encontrara bajo tratamiento sin importar los valores de glicemia; b) toda persona que presentara valores de glicemia venosa iguales o superiores a 120 mg/dl en ayunas o iguales o superiores a 200 mg/dl en toma casual.

En la determinación del colesterol se fijaron dos niveles: a) colesterol elevado: aquellos con cifras iguales o superiores a 200 mg/dl; b) hipercolesterolemia: niveles iguales o superiores a 240 mg/dl. La recolección de muestra de orina se obtuvo en forma casual, analizándola por medio de tiras reactivas en el momento de la entrevista (Multistix 10 SG). Se definió como proteinuria a la proteína urinaria superior a 100 mg/dl y microalbuminuria a los valores de albúmina urinaria entre 50 y 100 mg/dl.

Las mediciones de peso y talla estuvieron a cargo del personal del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Mediante el índice de masa corporal (IMC) –peso/talla–², se determinó que los sujetos que tuvieran un IMC de 30-34.9 se clasificaran como obesos y los que presentaran valores superiores a 35 de IMC se catalogaran como muy obesos. Por último, en el examen de agudeza visual se utilizaron las cartas de Snellen de letras y figuras para ambos ojos. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS y pruebas de ji cuadrada, así como las pruebas de Mantel Haenszel.

RESULTADOS

En la encuesta se incluyó a 15 635 individuos; de éstos 239 (8%) pertenecían al grupo de edad de 60 a 69 años; 43% eran hombres y 57% mujeres, con una distribución porcentual por sexo semejante a la población menor de 60 años. El 78% de los hombres de este grupo de edad declaró estar casado y el 11% ser viudo, divorciado o separado. En las mujeres los porcentajes fueron 51 y 39%, respectivamente. Este dato confirma lo informado en otros estudios y encuestas sociodemográficas sobre una mayor proporción de viudas y que hay más mujeres (10%) que hombres (6%) que viven solos.

El 87% de los hombres y 30% de las mujeres se reconocieron como jefes de familia, de los cuales 389 hombres y 143 mujeres declararon haber trabajado en los últimos doce meses. Las principales actividades de los varones fueron el comercio, el trabajo en el sector agropecuario, el trabajo como obreros, como prestadores de servicios públicos o como técnicos u oficinistas; sólo 4% trabajaron como profesionistas y 6% estaban jubilados. La principal ocupación de las mujeres también fue el comercio; asimismo se desempeñaron como técnicos u oficinistas, como empleadas domésticas, y sólo 23% eran amas de casa. El nivel de escolaridad en esta población es bajo: 28% de las mujeres y 21% de los hombres se declararon analfabetas y 55% de las mujeres y 59% de los varones apenas habían terminado la primaria. En cuanto a la religión, sólo 11% declaró profesar una religión distinta a la católica (cuadro I).

Las prevalencias nacionales de algunos padecimientos seleccionados para la población de 60 a 69 años fueron: hipertensión arterial (38%), obesidad (25%), diabetes (21%), hipercolesterolemia (14%), microalbuminuria (13%), enfermedad o infección renal (8%), infarto al miocardio (3%), enfermedad cerebrovascular (2%) e infección de vías urinarias (1.5%).

En general se encontraron mayores prevalencias de las enfermedades estudiadas en la zona norte y en la ZMCM. En obesidad, la mayor prevalencia fue para el norte con 33% y la ZMCM con 27%; el de 60 a 64 años fue el grupo con las cifras más altas en todas las regiones. En la ZMCM existe una brecha importante entre los individuos de 60 a 64 años (33%) y los de 65 a 69 (19%). Para el infarto al miocardio en la zona norte la prevalencia fue de 5%, seguida por la ZMCM (4%) donde la prevalencia en el grupo de 65-69 años (6%) fue

CUADRO I
Características generales de la población de 60-69 años por región.
Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México, 1993

Características	Norte	Centro	Sur	ZMCM	Total
Población total encuestada	4 010	4 134	3 849	3 613	15 606
Población de 60-69 años encuestada	325	329	303	282	1 239
Población de 60-69 años (%)					
Hombres	43	42	43	42	43
Mujeres	57	58	57	58	57
Estado civil (%)					
Soltero	7	6	7	5	6
Unión libre	3	2	5	5	4
Casado	67	63	57	63	62
Divorciado, separado o viudo	22	30	31	28	28
Escolaridad (%)					
Analfabeta	17	35	31	19	26
Primaria	62	47	55	63	57
Secundaria, preparatoria, vocacional	16	12	10	14	14
Licenciatura	5	6	4	4	5
Tensión arterial (%)					
Normotensos	57	63	64	62	62
Hipertensión arterial (HTA) diagnóstico previo	34	24	22	32	28
HTA hallazgo encuesta	9	13	14	6	10
Diabetes mellitus (%)					
Diabéticos	75	80	81	82	79
Diabetes diagnóstico previo	20	15	16	17	17
Diabetes hallazgo encuesta	5	5	3	1	4

2.5 veces mayor que en las personas de 60-64 (2%). La prevalencia de enfermedades cerebrovasculares fue mayor en la ZMCM (4%) y en los individuos de 60-64 años (5%) que en los de 65-69 (3%). La hipercolesterolemia también fue mayor en la ZMCM (11%) seguida por la región centro (9%).

Destaca la mayor prevalencia de microalbuminuria (22%) en la zona sur, seguida en importancia por la norte (15%), la ZMCM (11%) y la centro (10%). Las enfermedades renales son igualmente importantes en todas las regiones: 14% para la sur; 16% en la norte; 18% en la centro, y hasta 19% en la ZMCM. Las infecciones de las vías urinarias ocurren más entre las personas de 65-69 años, con porcentajes muy pequeños entre la zona norte

(0.3%) y la zona centro (0.9%), respecto a la región sur (2%) y la ZMCM (3%).

En el análisis por sexo y grupos de edad, las enfermedades del riñón, la infección en vías urinarias, la hipertensión arterial, la obesidad y la hipercolesterolemia tienen mayor prevalencia entre las mujeres, y sólo en el caso de las enfermedades cerebrovasculares la prevalencia masculina supera a la femenina. En lo que se refiere a la diabetes, en el grupo de 60-64 años las mujeres tienen una prevalencia más alta (24% contra 17% de los hombres), aunque para el grupo de 65-69 años esta relación se invierte (28% hombres y 24% mujeres). En el caso del infarto los valores son muy semejantes para el primer grupo quinquenal, pero en el siguiente grupo, las mujeres

tienen una prevalencia del 5% a diferencia del 3% de los hombres. Por último, la microalbuminuria es ligeramente superior en las mujeres (14%) que en los hombres (11%) de 60-64 años, pero en el siguiente grupo los valores aumentan de manera leve y son muy similares por sexo (17% hombres y 16% mujeres) (cuadro II).

Hipertensión arterial

Una de las modalidades y ventajas de la ENEC fue que no sólo permitió conocer el número de personas que se sabían y estaban diagnosticadas por un médico como hipertensas o como diabéticas, sino que mediante mediciones y pruebas biológicas se detectaron aquellas que, teniendo alguno de estos padecimientos, lo desconocía.

Las prevalencias regionales fueron: norte, 42.5%; centro, 37.4%; sur, 36%, y la ZMCM, 38%.

Del total de las personas de la tercera edad, 62% fueron normotensas (763 personas). De los 476 hipertensos, 344 contaban con diagnóstico previo y 132 se detectaron mediante la encuesta, es decir, cerca de un tercio de la población desconocía ser hipertensa: 57% eran hombres y 43%, mujeres. El norte y la ZMCM fueron las zonas con mayor porcentaje de personas con diagnóstico previo (34 y 32%, respectivamente). Por medio de la encuesta se detectó 14% de los hipertensos en la región sur, 13% en el centro, 9% en el norte y 6% en la ZMCM.

De los hipertensos con diagnóstico previo, 232 (29% hombres y 71% mujeres) declararon estar bajo algún tratamiento; más de 50% ingería medicamento de manera exclusiva y 30% se encontraba en régimen sin sal o reductora. La mitad de las personas bajo tratamiento adquirían los medicamentos en instituciones de salud, sobre todo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y 29% los conseguía de manera comercial.

Entre los determinantes para que una persona que se sabe enferma no se someta a algún tratamiento, se encuentran el estado civil, vivir solo, la escolaridad y el nivel socioeconómico. Hubo 33 hombres y 79 mujeres que sabían de su condición de hipertensos y que no seguían ningún tratamiento médico. De éstos, 30% eran viudos, separados o divorciados; 35% eran analfabetas y 5% vivían solos.

En el momento del estudio, 32% de los hipertensos con diagnóstico previo presentaron presión arterial igual o superior a 160/90 mmHg, a pesar de que estaban bajo tratamiento y la mayoría sabía que eran hipertensos desde hacía más de un año. Además, de acuerdo con el IMC, 36% de los hipertensos con diagnóstico previo eran obesos, con un patrón de tratamiento similar al total de los hipertensos, y únicamente 16% de ellos estaban bajo tratamiento con dietas sin sal y/o reducción y medicamentos antihipertensivos. Las mujeres hipertensas eran más obesas (41%) que los hombres (22%).

CUADRO II
Prevalencia de enfermedades crónicas por grupos de edad y sexo. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México, 1993

Patología	Hombres		Mujeres	
	60 a 64	65 a 69	60 a 64	65 a 69
Infarto al miocardio	2.8	2.9	2.5	4.6
Enfermedad cerebrovascular	3.1	2.9	2.5	1.6
Infección de vías urinarias	0.3	0.4	1.7	3.3
Alguna enfermedad del riñón	4.9	4.7	10.9	10.6
Microalbuminuria	11.2	16.8	14.4	16.1
Hipercolesterolemia	11.9	11.4	21.3	18.5
Diabetes mellitus	17.3	28.4	24.5	24.2
Obesidad	18.8	17.9	37.9	29.0

Las medias de presión arterial de los hipertensos obesos fueron de presión sistólica 155 con un mínimo de 118 y un máximo de 248, y de presión diastólica una media de 96 con un mínimo de 32 y un máximo de 162. Para los hipertensos no obesos, el valor medio de presión sistólica fue de 159 con 110 como valor mínimo y 246 como máximo, y para diastólica el promedio fue de 98 con un valor mínimo de 58 y uno máximo de 146.

Uno de los resultados más importantes de la ENEC fue el descubrimiento del alto grado de subregistro de este tipo de enfermedades y, sobre todo, que los individuos afectados las desconocen. Las variables que permitieron establecer diferencias significativas entre el grupo de hipertensos diagnosticados previamente y entre aquellos detectados por la encuesta fueron: el sexo (con mayor probabilidad las mujeres se saben hipertensas); haber tomado con anterioridad la presión arterial; tener antecedentes familiares de hipertensión y no presentar síntomas como dolor de cabeza, mareos, zumbidos en los oídos o ver destellos de luz.

Las alteraciones clínicas asociadas a la hipertensión fueron la obesidad con un riesgo relativo de 1.8 y la hipercolesterolemia con un riesgo de 1.2; el consumo de alcohol y el de tabaco tuvieron un valor de 1.1 y 1.3, respectivamente, aunque la dosificación del consumo no se puede diferenciar claramente. La historia familiar y el infarto también muestran una fuerte asociación, pero

ambas variables funcionan como factores de protección; el primer caso tiene que ver con lo dicho en el párrafo anterior, y en el infarto hay que considerar que la prevalencia fue muy baja, quizá porque se captó por respuesta directa, o bien porque sólo se registró a los que han sobrevivido al mismo (cuadro III).

Diabetes mellitus no insulino dependiente

La ENEC proporciona información sobre una de las principales causas de mortalidad, la diabetes mellitus, e ilustra la magnitud del problema en el país. Así, la prevalencia nacional de diabetes mellitus fue de 25% y los valores para las cuatro regiones fueron: norte, 29.5%; centro, 23%; sur, 21.5%, y ZMCM, 20%.

Del total de la población diabética (259), 81% ya contaba con diagnóstico previo y 19% fue por hallazgo de encuesta. El mayor porcentaje de diabéticos diagnosticados se encontró en la ZMCM (94%). En la zona centro 75% tenía diagnóstico previo y 25% se descubrió mediante la encuesta; en el sur 84% ya tenía diagnóstico y 16% se detectó por encuesta; en la zona norte 80% de los diabéticos ya contaba con diagnóstico y sólo 20% fue encontrado por encuesta.

En toda la encuesta se encontraron 1 004 diabéticos; de éstos, 26% tenía entre 60 y 69 años de edad. Predominaron las mujeres (154) respecto a los hombres (105),

CUADRO III
Hipertensos de 60-69 años con otras alteraciones y factores de riesgo asociados.
Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México, 1993

Variable	No.	RR	p	95% IC
Obesidad	156	1.8	0.0000	1.41 - 2.40
Hipercolesterolemia	77	1.2	0.2689	0.87 - 1.67
Infarto	24	0.3	0.0026	0.20 - 0.73
Historia familiar	185	0.6	0.0006	0.49 - 0.82
Alcohol	296	1.1	0.2999	0.89 - 1.43
Tabaco	188	1.3	0.0279	1.04 - 1.44

RR= Riesgo relativo

con una relación de tres mujeres por cada dos hombres diabéticos. En el hallazgo por encuesta se detectaron más hombres con diabetes (24%) que mujeres (15%).

La mayoría de los diabéticos diagnosticados se encontraba bajo tratamiento médico (93%) y 45% obtuvo los medicamentos en instituciones de salud; el 55% restante los adquirió comercialmente.

En la sintomatología previa al diagnóstico de diabetes destacaron la polidipsia, polifagia, poliuria, pérdida de peso y visión borrosa. Las mujeres notificaron mayor sintomatología que los hombres; sólo 8% se definió asintomática.

Las variables que diferenciaron a los diabéticos diagnosticados previamente de aquellos encontrados por la encuesta fueron el sexo y el no presentar molestias. Esto significa que la probabilidad de conocer y tratar los propios padecimientos es mayor en las mujeres que en los hombres y, por otro lado, que los síntomas son un elemento importante para que los afectados acudan al médico y sean diagnosticados.

En cuanto a la asociación con otras alteraciones, el primer lugar lo ocupan el antecedente familiar y la microalbuminuria, con un riesgo de 2.8, la hipercolesterolemia con 1.7, el infarto con 1.5, y la hipertensión y la enfermedad cerebrovascular con 1.2. El consumo de alcohol se detectó en 60% de los diabéticos, de los cuales 8% lo consumían diariamente y 26%, una vez a la semana.

Hubo 39% de fumadores, de los cuales 70% consumían menos de 10 cigarrillos al día, 20% hasta una cajetilla diaria; 8%, dos cajetillas, y 2%, más de 40 cigarrillos al día. Además se encontró que 22% de los diabéticos tenía LDL elevadas (superior a 159.9 mg/dl), 13% padecía alguna enfermedad del riñón, 12% presentaba proteínas en los resultados de orina, 4% estaba afectado por alguna infección renal y sólo 3% refirió haber sido sometido a la operación de cataratas. Según el IMC, 36% de las mujeres diabéticas son obesas o muy obesas, mientras que 16% de los hombres presentan este problema (cuadro IV).

DISCUSIÓN

La información que proporciona la ENEC sobre la morbilidad de enfermedades crónicas en uno de los grupos de mayor riesgo como son los ancianos, resulta de gran utilidad para la elaboración de políticas de educación en salud y de los programas preventivos, ya que muchos de estos padecimientos están asociados con el tipo de dieta, el tabaquismo, la falta de ejercicio y, en general, con los estilos de vida.

Las enfermedades crónicas adquieren una connotación distinta en las personas de la tercera edad, debido a su latencia prolongada, a los daños irreversibles que provocan y a que es muy factible encontrar una alta morbi-

CUADRO IV
Diabéticos de 60-69 años con otras alteraciones y factores de riesgo asociados.
Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México, 1993

Variable	No.	RR	p	95% IC
Gota	13	0.6942	0.2444	
Hipertensión	0.1790	0.97 - 1.21	162	1.2171
Microalbuminuria	61	2.8141	0.0000	1.75 - 3.12
Infarto	11	1.5086	0.2652	0.74 - 2.99
Enfermedad cerebrovascular	7	1.2869	0.5970	0.53 - 2.99
Obesidad	68	1.0554	0.7419	0.82 - 1.33
Hipercolesterolemia	53	1.7091	0.0034	1.19 - 2.45
Historia familiar	137	2.827	0.0000	1.91 - 4.17
Alcohol	155	0.7599	0.0604	0.65 - 1.01
Tabaco	157	1.2516	0.1223	0.95 - 1.48

RR= Riesgo relativo

lidad y discapacidad. Todo ello provoca una demanda constante y especializada de servicios de salud, principalmente de segundo y tercer nivel.

En el caso de la hipertensión las Encuestas Nacionales de Salud (ENSA) I y II realizadas en 1986 y 1994, arrojan prevalencias obtenidas por autnotificación, para este grupo de edad, de 6.4 en hombres y 14.2 para mujeres, y 6.6 en hombres y 12.9 para mujeres, respectivamente.^{5,6} En otras investigaciones, como las de Chávez y Escamilla,^{7,8} se encontró un 26.9% de hipertensos.

En lo que se refiere a las prevalencias por regiones, la norte es la única que rebasa la prevalencia nacional de hipertensión. Existe una mínima diferencia entre las prevalencias de la región norte y la del sur, lo que significa que aun regiones con transición demográfica y epidemiológica incipiente presentan ya una elevada morbilidad para este padecimiento.

Algunos autores concluyen que los medicamentos son la mejor manera de tratar a una persona hipertensa.⁹ Sin embargo, la mitad de los que se conocían hipertensos no seguía ningún tratamiento. Según los diversos hallazgos la asociación entre consumo de sodio e hipertensión no es directa, pero existe consenso en que el consumo de sodio es un elemento coadyuvante para la hipertensión arterial. No obstante, en este análisis se detectó un bajo porcentaje de personas con dieta sin sal.⁷ De igual manera, cabe resaltar que un buen número de personas que se encontraba bajo tratamiento en el momento del estudio tuvo niveles iguales o superiores a 160/90 mmHg de presión arterial y que 33% de hipertensos conocidos no estaban bajo tratamiento.

Hubo 28% de sujetos que desconocían ser hipertensos y, de éstos, la mayoría fueron hombres, lo que puede tener relación con los datos de utilización de servicios, puesto que las mujeres son las que más recurren a ellos y, por lo tanto, tienen mayores posibilidades de descubrir padecimientos crónicos.

Por otra parte, en este trabajo destacan dos elementos para que una persona se conozca o identifique como hipertensa, o no: a) tener contacto con el padecimiento, como por ejemplo los antecedentes familiares, o bien haberse tomado la presión con anterioridad, y b) ser asintomático. Se encontró una estrecha relación entre no presentar síntomas y desconocerse como enfermo, es decir, sólo cuando se sienten y se perciben como tal acuden al médico.

Al igual que en otros estudios⁸ aquí también se confirma la asociación entre hipertensión y obesidad o hiper-

colesterolemia, contar con antecedentes familiares y el infarto. La obesidad estuvo relacionada con hipertensión con diferencias por sexo: las mujeres hipertensas son más obesas que los hombres.

En cuanto a factores de riesgo como son el consumo de tabaco y el alcohol, no se encontró una clara asociación, dato que parece consistente con los hallazgos de Bots y Escamilla.^{4,8}

El componente hereditario y la hipertensión aparecen en más de la mitad de los diabéticos. Son pocos los casos de baja agudeza visual entre los diabéticos, lo cual en cierta forma coincide con lo reportado al respecto en la ENSA I.

La preponderancia femenina con una relación de 3:2 sobre los hombres, es consistente con los hallazgos de otros trabajos.¹⁰⁻¹² Las mujeres informaron más su sintomatología, lo que se traduce en un mayor número de personas diagnosticadas y por lo tanto en un menor hallazgo de diabéticas por encuesta. A ello debemos agregar la obesidad como riesgo asociado; 36% de las diabéticas tenían sobrepeso. Finalmente, en esta población, resalta la interacción de problemas de hipertensión arterial, diabetes, obesidad e hipercolesterolemia.

Cerca de 20% de la población estudiada ignoraba ser diabética, lo cual representa un porcentaje alto, aunque no lo estimado para otros países.^{8,11} Muchas de las enfermedades crónicas tienen su inicio en la edad adulta y en la medida en que avanza la edad aumenta la probabilidad de tener este tipo de padecimientos; así, es necesario poner en efecto un programa de detección de diabéticos e hipertensos para lograr la prevención y la atención temprana y oportuna en el tratamiento de estos padecimientos, sobre todo tomando en cuenta que, a partir de los datos de este estudio, se encontró que un alto porcentaje de personas de la tercera edad desconoce la existencia de su enfermedad.

El hecho de que la mayoría de los diabéticos estuviera bajo tratamiento indica una alta adherencia a la prescripción, elemento necesario para el control de esta enfermedad.

A lo largo de la vida, el género implica distintos riesgos y desventajas frente a la salud; los padecimientos crónicos tienen mayor frecuencia e impacto en las mujeres de la tercera edad, puesto que es en ellas donde se detectan las prevalencias más altas, asociadas normalmente con otros padecimientos. Por otra parte, las mujeres se enfrentan a desventajas educacionales, económicas y sociales, lo que las hace más vulnerables dentro del grupo de ancianos.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. La salud de la población de edad avanzada. Un reto más hacia el futuro. Cuadernos de Salud num. 1 Población y Salud. México, D.F.: SSA, 1994.
2. Secretaría de Salud-Dirección General de Epidemiología. SS-EPI-1-85. México, 1993.
3. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, 1993. México, D.F.: SSA, 1993.
4. Bots, ML. Grobbee DE, Hofman A. High blood pressure in the elderly. *Epidemiol Rev* 1991; 13 (29): 294-314.
5. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud I. México, D.F.: SSA, 1986.
6. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud II. México, D.F.: SSA, 1994.
7. Chávez DR. La dieta como factor de riesgo de hipertensión arterial. En: La alimentación y las enfermedades crónicas no transmisibles. México, D.F.: INNSZ-SSA-OPS-OMS, 1993:178-191.
8. Escamilla-Cejudo JA, López-Cervantes M, Escobedo-de la Peña J, Bustamante-Montes LP. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados, en una delegación política de la Ciudad de México. *Arch Inst Cardiol Mex* 1992; 62:267-275.
9. Neaton JD, Grimm R, Prineas RJ, Stamler J, Grandits GA, Elmer PJ *et al.* For the Treatment of Mild Hypertension Study Research Group. Treatment of Mild Hypertension Study. *JAMA* 1993;270:713-724.
10. Zubirán S, Chávez A. Estudio epidemiológico de diabetes en la Ciudad de México. *Rev Invest Clin* 1984;15: 367-383.
11. Phillips M, López M, Papaqui J. La diabetes en México: ¿Qué nos dice la Encuesta Nacional de Salud? *Bol Oficina Sanit Panam* 1994;117(4):307-314.
12. García de Alba J, Ríos-González J, Castañeda-Parra R. Algunos aspectos clínico-epidemiológicos de la diabetes mellitus. *Salud Publica Mex* 1989;31:669-673.