

Vigilancia de los FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Cuarta Encuesta, 2024

Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
2025

Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular, Cuarta Encuesta, 2024

Caja Costarricense de Seguro Social

Documento técnico realizado por:

Equipo Conductor

Dr. Roy Wong McClure \ Médico Epidemiólogo – Coordinador –
Componente de enfermedades no transmisibles – Subárea de Vigilancia
Epidemiológica – Caja Costarricense de Seguro Social

Dra. Diana Paniagua Hidalgo \ Enfermera Epidemióloga – Compo-
nente de enfermedades no transmisibles – Subárea de Vigilancia Epidemio-
lógica – Caja Costarricense de Seguro Social

Revisión y aprobación

Revisado por: **Dra. Xiomara Badilla Vargas**, Jefe de la Subárea de
Vigilancia Epidemiológica, CCSS\

Aprobado por: **Dra. Ana Jéssica Navarro Ramírez**, Directora de
la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica, CCSS\

Avalado por: **Dr. Alexander Sánchez Cabo**, Gerente Médico, Geren-
cia Médica, CCSS

WG100

V677v Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular,
cuarta encuesta 2024 / coordinador Roy Wong McClure,
Diana Paniagua Hidalgo. – San José, C. R.: CCSS, 2025.
120 páginas; ilustraciones; 21.6 x 28 centímetros.

ISBN: 978-9930-630-17-4

1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. 2. SISTEMA
CARDIOVASCULAR. 3. ENCUESTAS. I. Wong McClure, Roy,
coordinador. II. Paniagua Hidalgo, Diana, coordinador.



Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

www.ccss.sa.cr

Índice general

Índice de figuras	vi
Índice de cuadros	viii
Equipo de Apoyo	1
Resumen	2
Presentación	3
Mensaje del Gerente Médico	5
Agradecimientos	6
Sobre la Vigilancia de las Enfermedades Crónicas	7
1 Introducción	9
2 Objetivos	11
2.1 Objetivo General	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3 Metodología	12
3.1 Población bajo vigilancia	12
3.2 Tamaño y diseño muestral	12
3.3 Unidades Primarias de Muestreo	13
3.4 Unidades Secundarias de Muestreo	13
3.5 Selección de los hogares	13
3.6 Selección de personas	14
3.7 Control de la calidad del dato	14
3.8 Variables	14
3.9 Recolección de datos	18
3.10 Mediciones antropométricas	18
3.11 Medición de la presión arterial	18
3.12 Metodología para las pruebas de laboratorio	18
3.13 Procesamiento y análisis de datos	18
3.14 Revisión bioética	19

4	Resultados	20
4.1	Demografía	20
4.2	Diabetes	21
4.3	Hipertensión Arterial	26
4.4	Dislipidemia	31
4.5	Antropometría	39
4.6	Factores de Riesgo Conductuales	43
4.7	Enfermedad Renal Crónica	54
4.8	Fragilidad	56
5	Anexos	58
	Anexo 1. Unidades primarias de muestreo y Unidades secundarias de muestreo	59
	Anexo 2: Técnicas de las mediciones antropométricas	67
	Anexo 3: Toma de la presión arterial (PA)	71
	Anexo 4. Estimación de factores de expansión	74
	Anexo 5: Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	76
	Anexo 6: Escala FRAIL	78
	Anexo 7: Cartilla para nivel de actividad física, consumo de frutas, verduras y consumo de bebidas alcohólicas	79
	Anexo 8: Tabla de referencia para clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)	83
	Anexo 9. Consentimiento Informado	84
	Anexo 10: Cuadros	87
6	Anexo 11: Resumen	118
	Referencias	120

Índice de figuras

4.1	Prevalencia de glucemia en ayuno menor de 100 mg/dL según grupo de edad y sexo en población no diabética mayor a 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	22
4.2	Prevalencia de diabetes diagnosticada y no diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024. Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular—CCSS, 2024.	23
4.3	Distribución de realización de análisis de glucosa en sangre en últimos 12 meses en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	24
4.4	Prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada y no diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024. Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular—CCSS, 2024.	27
4.5	Prevalencia de hipertensión arterial no compensada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	30
4.6	Prevalencia de dislipidemia diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	31
4.7	Prevalencia de niveles elevados de triglicéridos (mayor o igual a 150 mg/dL) según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	32
4.8	Prevalencia de niveles elevados de colesterol total (de 200 a 240 mg/dL) según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	33
4.9	Prevalencia de niveles elevados de colesterol total (mayor a 240 mg/dL) según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	34
4.10	Prevalencia de niveles bajos de colesterol HDL según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	35
4.11	Prevalencia de niveles altos de colesterol LDL según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	36

4.12	Distribución de realización de análisis de dislipidemia en sangre en últimos 12 meses en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	37
4.13	Prevalencia de clasificación del índice de masa corporal (IMC) según grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%). Costa Rica, 2024.	40
4.14	Prevalencia de clasificación del índice de masa corporal (IMC) según grupo de edad en población mayor de 19 años con sobrepeso según sexo, % (IC95%). Costa Rica, 2024.	41
4.15	Prevalencia de clasificación del índice de masa corporal (IMC) según grupo de edad en población mayor de 19 años con obesidad según sexo, % (IC95%). Costa Rica, 2024.	42
4.16	Prevalencia del incumplimiento actividad física correspondiente a menos de 150 minutos por semana, según grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	44
4.17	Prevalencia del nivel de consumo de frutas y/o vegetales o igual o más a cinco al día según grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	46
4.18	Frecuencia de agregado de sal a los alimentos antes de probarlos, por sexo, en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2018.	48
4.19	Distribución de consumo actual de tabaco en la población según grupo de edad y sexo, en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	49
4.20	Distribución de consumo de alcohol de bajo riesgo en el último año según frecuencia de consumo por grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	53
4.21	Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica estadio KDIGO G3 o superior según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	55
4.22	Distribución Poblacional según clasificación de Fragilidad según sexo en población de 65 años y más, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	57
5.1	Cartilla de productos, actividades y porciones 1	79
5.2	Cartilla para el consumo de alcohol 2	80
5.3	Cartilla para medir ingesta de frutas y verduras 3	81
5.4	Cartilla para medir actividad física 4	82
5.5	Cartilla para clasificar IMC	83
5.6	Consentimiento Informado - Parte 1	84
5.7	Consentimiento Informado - Parte 2	85
5.8	Consentimiento Informado - Parte 3	86

Índice de cuadros

3.1	Distribución de la muestra por sexo y grupo de edad.	13
3.2	Definiciones operacionales de las variables utilizadas	14
5.1	Probabilidad de selección por Unidad Programática y sector de las Unidades Primarias y Unidades Secundarias de Muestreo. Costa Rica.	60
5.2	Proyección poblacional según grupos de edad y sexo. Costa Rica, 2024.	74
5.3	Número de personas efectivamente encuestadas según grupo de edad y sexo. Costa Rica, 2024.	74
5.4	Distribución de población no diabética acorde con nivel de glucemia en ayunas según grupo de edad y sexo en población mayor a 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	88
5.5	Prevalencia de diabetes diagnosticada y no diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024.	89
5.6	Distribución de realización de análisis de glucosa en sangre en los últimos 12 meses en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	90
5.7	Manejo de diabetes según grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	91
5.8	Prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada y no diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024.	92
5.9	Distribución de tiempo desde la última vez de toma de presión arterial en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	93
5.10	Distribución de población no conocida hipertensa según cifras de presión arterial por grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	94
5.11	Manejo de Hipertensión Arterial según grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	95
5.12	Prevalencia de hipertensión arterial compensada y no compensada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	96

5.13	Prevalencia de dislipidemia diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	97
5.14	Prevalencia de niveles elevados de triglicéridos (150 mg/dL) según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	98
5.15	Prevalencia de niveles elevados de colesterol total (de 200 a 240 mg/dl) según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	99
5.16	Prevalencia de niveles bajos de colesterol HDL según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	100
5.17	Prevalencia de niveles altos de colesterol LDL según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	101
5.18	Distribución en la realización de análisis de lípidos en los últimos 12 meses en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	102
5.19	Manejo de la dislipidemia según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	103
5.20	Distribución de la clasificación del IMC según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	104
5.21	Distribución del cumplimiento de actividad física según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	105
5.22	Distribución de los tiempos medios en minutos según actividad por grupo de edad en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024.	106
5.23	Prevalencia del nivel de consumo de frutas y/o vegetales (5 porciones al día) según grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	107
5.24	Consumo promedio de frutas y/o vegetales según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024.	108
5.25	Frecuencia de agregado de sal a los alimentos según grupo de edad. Costa Rica, 2024.	109
5.26	Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	110
5.27	Prevalencia del consumo diario de tabaco en fumadores actuales según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	111
5.28	Edad de inicio de fumado en fumadores actuales según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años (media), Costa Rica, 2024.	112

5.29	Distribución del producto de fumado habitual en fumadores actuales según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	113
5.30	Distribución de consumo de alcohol en el último año según frecuencia de consumo por grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	114
5.31	Distribución de frecuencia de hábitos en el consumo de alcohol en el último año según frecuencia de consumo por grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024. .	115
5.32	Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica > Grado 3 según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	116
5.33	Distribución de fragilidad en población mayores de 64 años según sexo, % (IC95%), Costa Rica, 2024.	117
6.1	Resumen de resultados de encuestas 2010, 2014, 2018 y 2024. . .	118
6.2	Resumen de resultados de encuestas 2010, 2014, 2018 y 2024. . .	119

Equipo de Apoyo

Dra. Alice Bonilla Vargas Enfermera Epidemióloga – Componente de enfermedades no transmisibles – Subárea de Vigilancia Epidemiológica – Caja Costarricense de Seguro Social

Dra. Karol Dayanna Castillo Peña Médica Investigadora – Centro de Detección Temprana de Cáncer – Hospital Max Peralta – Caja Costarricense de Seguro Social

Dra. Melissa Cruz Rivas Médica Investigadora – Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social- Caja Costarricense de Seguro Social

Dra. Sofía Muñoz Quirós Médica Investigadora – Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social- Caja Costarricense de Seguro Social

Dra. Isabel Barrientos Calvo Médica Geriatra Investigadora – Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología - Caja Costarricense de Seguro Social

Dr. Harold Segura Quesada Médico Psiquiatra - Programa de Normalización a la Atención de las Adicciones, Área de Atención Integral a las personas- Caja Costarricense de Seguro Social

Dra. Emilly Castillo Ruiz Enfermera – Subárea de Vigilancia Epidemiológica – Caja Costarricense de Seguro Social

Dra. Andrea Nuñez Chaves Médica – Subárea de Vigilancia Epidemiológica – Caja Costarricense de Seguro Social

Resumen

Este informe técnico presenta los resultados de la cuarta encuesta nacional sobre factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de Costa Rica, realizada en 2024 por la Caja Costarricense de Seguro Social en el marco de la vigilancia epidemiológica institucional.

Mediante una muestra representativa a nivel nacional y procedimientos estandarizados, la encuesta describe la distribución de los principales factores de riesgo conductuales y biológicos de las enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo consumo de tabaco y alcohol, dieta, ingesta de sal, actividad física, presión arterial, diabetes, dislipidemia, obesidad, así como indicadores de función renal y fragilidad. Los resultados generan evidencia actualizada para monitorear tendencias, identificar grupos prioritarios y apoyar la toma de decisiones en promoción de la salud, prevención y atención integral de las enfermedades cardiovasculares.

El documento está dirigido a autoridades sanitarias, clínicos, personal de salud, investigadores y otros actores interesados en reducir la carga de las enfermedades no transmisibles y mejorar la salud de la población en Costa Rica.

Palabras clave: - Costa Rica - Enfermedades no transmisibles - Factores de riesgo cardiovascular - Hipertensión arterial - Diabetes mellitus - Dislipidemia - Obesidad - Encuestas de salud - Vigilancia epidemiológica - Políticas de salud pública

Presentación

Las enfermedades cardiovasculares, especialmente la cardiopatía isquémica y los eventos cerebrovasculares, se mantienen como la principal causa de muerte a nivel mundial. En las últimas décadas se ha observado un incremento sostenido en su carga global, no solo por el aumento en el número de defunciones, sino también por la creciente proporción de años vividos con discapacidad atribuibles a estas afecciones. Esta situación plantea desafíos cada vez mayores para los sistemas de salud, tanto en la prevención como en la atención integral de las personas afectadas.

En Costa Rica, los avances sostenidos en inversión social, cobertura sanitaria, educación y condiciones de vida han favorecido mejoras importantes en los indicadores de salud. Entre estos logros destacan la reducción de la mortalidad infantil —de 14,2 defunciones por cada mil nacimientos en 1997 a 7,9 en 2019— y el aumento de la esperanza de vida al nacer, que actualmente supera los 80 años. Estos resultados han posicionado al país como un referente en América Latina, con niveles comparables a los de naciones de alto desarrollo.

Sin embargo, estos avances se acompañan de una profunda transformación demográfica y epidemiológica. La disminución de las enfermedades transmisibles y el envejecimiento poblacional han derivado en una mayor carga de enfermedades crónicas no transmisibles, con especial protagonismo de las enfermedades cardiovasculares. Esta nueva realidad exige una planificación estratégica más robusta y adaptativa por parte de los servicios de salud, capaz de responder a escenarios de creciente complejidad y demanda.

Consciente de estos desafíos, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha asumido un papel activo en la vigilancia de los factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular. En este marco se realiza, en 2024, la Cuarta Encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular, que da continuidad a los estudios efectuados en 2010, 2014 y 2018 y consolida una serie histórica de gran valor para el país.

El propósito de esta iniciativa institucional es fortalecer la base de conocimiento sobre los factores de riesgo que afectan a la población adulta, mediante información oportuna y representativa que permita orientar intervenciones preventivas, promover estilos de vida saludables y optimizar los procesos de atención en todos los niveles del sistema de salud.

El presente documento técnico sintetiza los principales hallazgos de la Cuarta Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular 2024 y se pone a disposición de tomadores de decisión, profesionales de salud y actores intersectoriales, con el fin de apoyar la formulación de políticas y estrategias que favorezcan una mayor longevidad con calidad de vida para la población costarricense.

Mensaje del Gerente Médico

La Caja Costarricense de Seguro Social reafirma, mediante la presente **Encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular 2024**, su compromiso con una toma de decisiones basada en la mejor evidencia disponible. En un contexto de transición demográfica y envejecimiento acelerado, comprender con precisión la magnitud y distribución de los factores de riesgo cardiovascular en la población adulta es esencial para orientar la planificación, la asignación de recursos y el fortalecimiento del primer nivel de atención.

Los resultados de esta cuarta encuesta, que da continuidad a los esfuerzos realizados en 2010, 2014 y 2018, permiten visualizar con mayor claridad los retos que representan la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipidemia, la obesidad, el sedentarismo y otros factores conductuales y biológicos que condicionan la carga de enfermedad cardiovascular en el país. Esta información no solo es útil para la vigilancia y el monitoreo, sino que también constituye un insumo estratégico para el diseño de intervenciones integrales que promuevan estilos de vida saludables, fortalezcan la detección oportuna y mejoren el control de las personas con condiciones crónicas.

Quisiera reconocer el esfuerzo de los equipos técnicos, clínicos y administrativos que participaron en el diseño metodológico, la recolección de la información, el procesamiento de los datos y la elaboración de este informe. Su trabajo refleja el compromiso institucional con la mejora continua de la calidad de la atención y con la reducción de las inequidades en salud.

Invito a las autoridades, equipos de salud, instancias académicas y actores intersectoriales a utilizar estos resultados como herramienta para profundizar las acciones de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, con el propósito de garantizar a la población costarricense más años de vida, en mejores condiciones de salud y bienestar.

ALEXANDER LEON
SANCHEZ CABO
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
ALEXANDER LEON SANCHEZ
CABO (FIRMA)
Fecha: 2025.12.21 09:08:27
-06'00'

Dr. Alexander Sánchez Cabo

Gerente
Gerencia Médica

Agradecimientos

La Caja Costarricense de Seguro Social expresa su agradecimiento a todas las personas participantes en la cuarta Encuesta de Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular realizada en las comunidades seleccionadas.

Asimismo por la valiosa contribución expresa en gratitud a los funcionarios de los niveles locales y regionales de la institución, con la participación de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP), así como los (as) coordinadores (as) profesionales de enfermería y epidemiología. Además, agradece el apoyo brindado por los directores de los centros para la realización del proceso de vigilancia epidemiológica.

Sobre la Vigilancia de las Enfermedades Crónicas

La vigilancia de los factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), en particular de las enfermedades cardiovasculares, continúa siendo una prioridad para la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en el contexto epidemiológico actual del país. El envejecimiento de la población, la transición demográfica y epidemiológica, el aumento de la multimorbilidad y los cambios en los estilos de vida han configurado un escenario en el que las ECNT concentran una proporción creciente de la carga de enfermedad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Contar con información robusta y periódica sobre los factores de riesgo modificables es esencial para orientar las estrategias de prevención, promoción de la salud y atención integral.

Este informe presenta los resultados de la cuarta determinación a nivel nacional de la prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, que da continuidad a las investigaciones previas realizadas en 2010, 2014 y 2018. La metodología empleada mantiene la armonización con el enfoque STEPS de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo que permite monitorear en el tiempo la evolución de los factores de riesgo conductuales (actividad física, consumo de tabaco y alcohol, alimentación) y biológicos (obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes), así como su distribución según grupos de edad, sexo y otros determinantes sociales de la salud.

Los hallazgos presentados por la presente encuesta desarrollada en el 2024 cobran especial importancia dado a que reflejan el comportamiento de la ECNT posterior a la pandemia por COVID-19, en el cual se han visto modificados los patrones de riesgo, la utilización de los servicios de salud y las condiciones socioeconómicas de la población. Esta nueva medición ofrece una oportunidad para valorar los avances y pendientes en materia de prevención de ECNT, identificar brechas entre subpoblaciones y territorios, y fortalecer la respuesta institucional desde el primer nivel de atención y la red de servicios de salud.

Como equipo técnico conductor, ponemos a disposición de las autoridades, los equipos de salud, el sector académico y la ciudadanía en general, la información generada en este documento con el propósito de que sea

utilizada de manera activa en la formulación, implementación y evaluación de políticas y programas. Confiamos en que estos resultados contribuyan a renovar el compromiso con la prevención y mejorar en la calidad de atención de las ECNT así como en el diseño de intervenciones más equitativas, oportunas y basadas en la mejor evidencia disponible, en beneficio de la salud y el bienestar de la población adulta en Costa Rica.

Equipo técnico conductor

Introducción

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) representan uno de los desafíos más importantes para la salud pública mundial en el siglo XXI. Estas enfermedades, caracterizadas por su curso prolongado, progresión lenta y múltiples factores de riesgo prevenibles, son responsables de alrededor del 74 % de las muertes globales; entre ellas destacan, por su impacto, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus. Se estima que más de 36 millones de personas mueren cada año por ECNT y que cerca del 85 % de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos (1).

Dentro de este grupo, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar como causa de mortalidad a nivel global. Según estimaciones del Global Burden of Disease, en 2019 provocaron más de 18 millones de defunciones, con un impacto creciente en años de vida perdidos por muerte prematura y en años vividos con discapacidad (2). Esta carga de enfermedad compromete la calidad de vida de las personas afectadas y genera una presión significativa sobre los sistemas de salud y la productividad económica de los países.

En Costa Rica, la transición demográfica y epidemiológica ha modificado de manera sustantiva los patrones de enfermedad y mortalidad. La reducción sostenida de las enfermedades infecciosas, el aumento de la esperanza de vida al nacer —que supera los 80 años— y el envejecimiento de la población han confluído en una mayor prevalencia de ECNT, particularmente de las cardiovasculares. Este cambio ha obligado al sistema de salud a replantear sus prioridades, estructuras y estrategias, con un enfoque más centrado en la prevención, el control de los factores de riesgo y la atención integral de personas con condiciones crónicas (3).

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especial-

mente la meta 3.4, Costa Rica ha asumido el compromiso de reducir en un tercio la mortalidad prematura por ECNT mediante acciones de prevención y tratamiento. El cumplimiento de este compromiso requiere contar con información precisa, actualizada y representativa sobre los factores que determinan la aparición y progresión de estas enfermedades. En este contexto, la vigilancia epidemiológica continua y sistemática de los factores de riesgo cardiovasculares constituye una herramienta esencial, ya que permite describir la magnitud del problema, identificar poblaciones vulnerables, orientar decisiones clínicas y de política pública, y evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas (4).

Entre los factores de riesgo más relevantes para las enfermedades cardiovasculares se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipidemia, el sobrepeso y la obesidad, el tabaquismo, la inactividad física y una alimentación poco saludable. Estos factores tienden a agruparse en los mismos individuos e interactúan entre sí, generando un riesgo acumulativo que se manifiesta en edades cada vez más tempranas. Además, su distribución no es homogénea en la población, sino que presenta variaciones importantes según sexo, grupo de edad, nivel educativo, condición socioeconómica y región geográfica (5).

En respuesta a la necesidad de contar con información epidemiológica robusta, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha desarrollado desde 2010 una línea de investigación poblacional periódica mediante encuestas especializadas en vigilancia de factores de riesgo cardiovascular. La Cuarta Encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular, realizada en 2024, da continuidad a los estudios ejecutados en 2010, 2014 y 2018, y fue diseñada con representatividad nacional. Esto permite describir la magnitud de los principales factores de riesgo cardiovascular, su distribución por subgrupos poblacionales y su evolución en el tiempo.

El presente documento presenta los resultados de esta cuarta encuesta, con el propósito de ofrecer una base sólida de evidencia para el diseño de políticas públicas, la planificación de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, y el fortalecimiento del abordaje clínico y comunitario de las ECNT en Costa Rica. Asimismo, se espera que los hallazgos aquí contenidos sirvan como herramienta estratégica para apoyar la toma de decisiones informadas, fomentar la equidad en salud y contribuir a una mayor longevidad con calidad de vida para toda la población.

Objetivos

2.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular conductuales y biológicos en la población adulta a nivel nacional en Costa Rica, con el propósito de orientar estrategias de intervención en salud pública para la prevención y control de la enfermedad cardiovascular.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia según grupo de edad y sexo de los factores de riesgo biológico, como lo son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la dislipidemia, el sobrepeso, la obesidad, enfermedad renal crónica y fragilidad.
- Determinar la prevalencia según grupo de edad y sexo de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular conductuales, como la inactividad física, el inadecuado nivel de consumo de frutas y vegetales y la ingesta de alcohol y tabaco.

Metodología

3.1 Población bajo vigilancia

La población bajo vigilancia contemplada en la encuesta fue la población de mayores de 19 años, residentes en Costa Rica en el año 2024, no institucionalizada, con capacidad para responder la encuesta, sin importar su condición de asegurado, estado civil, sexo, grupo de edad o condición laboral.

3.2 Tamaño y diseño muestral

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo de conglomerados multietápico, teniendo como primera etapa la selección de los sectores definidos por la CCSS, y como segunda etapa la selección de los sectores de EBAIS. (Anexo 1) La selección del hogar de las personas se realizó de forma aleatoria sistemática a través del Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF-EDUS) y se aplicó el método Kish para la selección de las personas dentro de cada uno de los hogares escogidos.

El tamaño de muestra estimado fue de 2.220, calculado mediante la fórmula para la estimación de proporciones para 6 estratos correspondientes a tres grupos de edad para ambos sexos. El tamaño de la muestra calculada ajustada por no respuesta se estima en 2960 personas mayores de 19 años; y posterior al ajuste por el efecto del diseño de muestreo considerado en un valor de 1,5 obtenido de las encuestas previas, se obtuvo un tamaño de muestra de 4.440 personas. (Cuadro 3.1)

Grupo de edad	Prevalencia (p)	Error máximo esperado	Muestra	Factor de pérdida (25%)	Total
Femenino					
20 – 39	0,6	5,0	370	123	493
40 – 64	0,6	5,0	370	123	493
65 y más	0,6	5,0	370	123	493
Masculino					
20 – 39	0,6	5,0	370	123	493
40 – 64	0,6	5,0	370	123	493
65 y más	0,6	5,0	370	123	493

Cuadro 3.1: Distribución de la muestra por sexo y grupo de edad.

3.3 Unidades Primarias de Muestreo

Se tomaron como unidades primarias de muestreo (UPM) a los sectores oficialmente establecidos por la CCSS.

De los 519 sectores definidos, fueron seleccionados 126, considerando un promedio de 33 encuestas por UPM. (Anexo 1)

3.4 Unidades Secundarias de Muestreo

Las unidades secundarias de muestreo (USM) fueron sectores de EBAIS de cada UPM definiéndose como sectores de EBAIS aquellas ubicaciones geográficamente identificadas que conforman parte de su área de atracción para el proceso de atención. Fueron seleccionadas dos localidades por cada sector, lo cual fue tomado del promedio de 18 encuestas por localidad, número adquirido de la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular desarrollada durante el 2018. (Anexo 1)

3.5 Selección de los hogares

Los hogares se seleccionaron mediante muestreo aleatorio sistemático a través del Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF-EDUS), realizado desde el equipo técnico central con la colaboración destacada de la Coordinación Nacional de Enfermería. Los hogares seleccionados, fueron contactados por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria para la aplicación de la encuesta.

3.6 Selección de personas

La selección de las personas se realizó por medio del método de Kish, incluido como parte del Formulario de Encuesta, obteniéndose para su aplicación el listado de los residentes entre 20 y 64 años del hogar seleccionado, y ordenándolos según edad y sexo, de acuerdo con lo establecido por la metodología.

Posteriormente, se llevó a cabo la selección del individuo, tomando en consideración el número de integrantes en el hogar y el último dígito del número de vivienda. A los encuestadores se les capacitó en la utilización de este método, previo al inicio del trabajo de campo.

Se estableció como criterio de autoselección a todo individuo dentro del hogar seleccionado con edad mayor a 64 años.

3.7 Control de la calidad del dato

Se supervisó el avance y cumplimiento del llenado del instrumento digital y/o físico por profesionales de enfermería. Se verificó la digitación de los formularios y se realizaron visitas de recuperación si era necesario. Los formularios fueron tabulados en un formulario electrónico diseñado para la encuesta que consideró una serie de validaciones para consistencia de los datos recopilados.

3.8 Variables

Las variables, según los módulos evaluados como parte de la encuesta, fueron clasificadas y recodificadas de acuerdo con los criterios específicos.

Cuadro 3.2: Definiciones operacionales de las variables utilizadas

Dimensión	Variables	Definición operacional
Características del hogar	Dirección completa del hogar	Dirección del hogar seleccionado en la comunidad definida dentro del muestreo.
Características del hogar	Número de hogar	Número de hogar según ficha familiar.
Características del hogar	Número del participante	Participante seleccionado dentro de la familia.
Características generales	Código del Sector (conglomerado)	Número asignado según unidad primaria de muestreo.
Características generales	Nombre del Sector (conglomerado)	Nombre de la unidad primaria de muestreo.
Características generales	Código de la localidad	Número asignado según unidad secundaria de muestreo.
Características generales	Identificador del entrevistador	Código asignado al entrevistador.
Características generales	Fecha en que fue llenado el instrumento (dd/mm/aa)	Fecha cuando fue llenado el instrumento con el participante seleccionado. Formato día/mes/año.
Características generales	Consentimiento informado obtenido	Documento que el consentimiento informado haya sido aceptado o rechazado por el participante. En caso de rechazo se elimina la encuesta.
Características generales	Número de cédula o asegurado	Documento del número de identificación o asegurado del participante.

Cuadro 3.2: (continuación)

Dimensión	Variables	Definición operacional
Características generales	Apellidos	Registrar los apellidos del participante.
Características generales	Nombre	Registrar el nombre del participante.
Características generales	Número de teléfono	Registrar el número de teléfono donde el participante puede ser contactado.
Características generales	Sexo	1. M = Masculino 2. F = Femenino
Características generales	Fecha de nacimiento	Registrar la fecha de nacimiento del participante. Formato día/mes/año
Características generales	Nivel educativo	Registrar el nivel de educación según el nivel más alto alcanzado. 1. Sin escolarizar 2. Nivel preescolar 3. Primaria incompleta 4. Primaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Secundaria completa 7. Estudios técnicos 8. Universitarios incompletos 9. Universitarios completos 10. Postgrado 0. Rehúsa
Características generales	Condición de asegurado	1. Sí 2. No
Características generales	Trabajo actual	Determinación de trabajo del participante al momento de la encuesta.
Características generales	Condición laboral (empleado/desempleado)	Clasificación de la condición laboral al momento de la encuesta. 1. Empleado 2. Desempleado
Fumado	Fumado actual	1. Sí 2. No
Fumado	Fumado a diario	Recopila hábito de fumar con periodicidad diaria en población fumadora.
Fumado	Edad de inicio de fumado	Recopila la edad de inicio de fumado en años.
Fumado	Tipo de producto que fuma	Tipo de producto de fumado habitual. 1. Cigarrillos 2. Puros 3. Pipa 4. Narguile / pipa de agua 5. Vapeo / cigarrillo electrónico 6. Otro
Consumo de alcohol (AUDIT)	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Opciones de respuesta. 0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
Consumo de alcohol (AUDIT)	¿Cuántas bebidas alcohólicas suele consumir en un día de consumo normal?	Opciones de respuesta. 0. 1 ó 2 1. 3 ó 4 2. 5 ó 6 3. 7, 8 ó 9 4. 10 o más
Consumo de alcohol (AUDIT)	¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Opciones de respuesta. 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario
Consumo de alcohol (AUDIT)	¿Con qué frecuencia en el último año ha sido incapaz de parar de beber una vez habían empezado?	Opciones de respuesta. 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario

Cuadro 3.2: (continuación)

Dimensión	Variables	Definición operacional
Consumo de alcohol (AUDIT)	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Opciones de respuesta. 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario
Consumo de alcohol (AUDIT)	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Opciones de respuesta. 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario
Consumo de alcohol (AUDIT)	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Opciones de respuesta. 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario
Consumo de alcohol (AUDIT)	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Opciones de respuesta. 0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario
Consumo de alcohol (AUDIT)	¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	Opciones de respuesta. 0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, en el último año
Consumo de alcohol (AUDIT)	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	Opciones de respuesta. 0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, en el último año
Ingesta de frutas y vegetales	Consumo de frutas en días	Documenta el número de días que come frutas en una semana.
Ingesta de frutas y vegetales	Consumo de porciones de frutas	Documenta el número de porciones de frutas que consume en un día habitual. Se debe utilizar tarjeta con definición de porciones. Valores de 00 a 99; si ignora 77.
Ingesta de frutas y vegetales	Consumo de vegetales en días	Documenta el número de días que come vegetales. Valores de 0 a 7 días.
Ingesta de frutas y vegetales	Cantidad de porciones de vegetales que consume	Documenta el número de porciones de vegetales que consume en un día habitual. Se debe utilizar tarjeta con definición de porciones. Valores de 00 a 99; si ignora 77.
Consumo de sal	Frecuencia de agregar sal o salsas saladas mientras se come	Frecuencia de agregar sal o salsas saladas a la comida antes de comerla o mientras come.
Consumo de sal	Frecuencia de agregar sal/sazonador/salsas al preparar comida en el hogar	Frecuencia de agregar sal, sazónador salado o salsas saladas durante la preparación de la comida.
Consumo de sal	Frecuencia de consumo de comidas procesadas altas en sal	Frecuencia de consumo de comida procesada alta en sal.
Consumo de sal	Percepción de cantidad de sal o salsas saladas	Percepción de cuánta sal o salsa salada cree que consume.
Actividad física	Realización de actividades físicas intensas como parte de las actividades habituales	Realiza actividades intensas que implican sudoración o respiración acelerada. 1. Sí 2. No
Actividad física	Número de días a la semana en que realiza actividad física intensa	Número de días a la semana que realiza actividad física intensa. Valores de 0 a 7 días.
Actividad física	Tiempo en minutos que realiza actividad física intensa	Minutos diarios de actividad física intensa. Valores entre 000 y 777 minutos.
Actividad física	Realiza en sus actividades habituales una actividad de intensidad moderada	Realiza actividades moderadas que implican sudoración o respiración acelerada. 1. Sí 2. No

Cuadro 3.2: (continuación)

Dimensión	Variables	Definición operacional
Actividad física	Cantidad de días que realiza actividades de intensidad moderada	Número de días a la semana que realiza actividades moderadas. Valores de 0 a 7 días.
Actividad física	Tiempo en minutos que dedica a las actividades de intensidad moderada	Minutos diarios de actividades físicas moderadas. Valores entre 000 y 999 minutos.
Actividad física	Camina o usa bicicleta para el desplazamiento al menos 10 minutos consecutivos al día	Camina o usa bicicleta 10+ min seguidos para desplazamiento. 1. Sí 2. No
Actividad física	Número de días en la semana en los que camina/usa bicicleta 10+ min para desplazamiento	Días a la semana que camina/usa bicicleta para desplazamiento. Valores de 0 a 7 días.
Actividad física	Tiempo en minutos que camina o usa bicicleta para desplazarse	Minutos que camina o usa bicicleta para desplazarse. Valores entre 000 y 999 minutos.
Actividad física	Práctica de deportes/ejercicio intenso en su tiempo libre (10 min)	Practica deportes o ejercicio intenso en su tiempo libre por al menos 10 minutos continuos. 1. Sí 2. No
Determinaciones bioquímicas y de laboratorio	Glucemia en ayunas	Determinación bioquímica de glucosa en ayunas (mg/dL) obtenida mediante medición de laboratorio.
Determinaciones bioquímicas y de laboratorio	Hemoglobina A1C (en paciente diabético)	Determinación de HbA1c (%) en participantes con antecedente/criterio de diabetes, mediante medición de laboratorio.
Determinaciones bioquímicas y de laboratorio	Creatinina	Determinación sérica de creatinina (mg/dL) mediante medición de laboratorio.
Determinaciones bioquímicas y de laboratorio	Perfil de lípidos	Determinaciones bioquímicas y de laboratorio de lípidos séricos (p. ej., colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos) según protocolo de laboratorio.
Antecedentes de enfermedad renal	Antecedentes de enfermedades del riñón diagnosticadas por médico	Registra la presencia de enfermedades del riñón diagnosticadas por un médico u otro profesional de la salud. El participante marca todas las opciones que correspondan.
Antecedentes de enfermedad renal	Examen del riñón con resultado alterado según médico	Indica si alguna vez se ha realizado un examen del riñón en el que un médico le haya informado que presenta algún problema renal. 1. Sí 2. No
Fragilidad	Sensación de cansancio en las últimas 4 semanas	Evalúa la frecuencia con que la persona se ha sentido cansada en las últimas 4 semanas, según autorreporte. Opciones: todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, algo del tiempo, muy poco tiempo, nada de tiempo.
Fragilidad	Dificultad para subir 10 escalones sin ayuda	Evalúa si la persona, sin bastón ni andadera, presenta dificultad para subir 10 escalones (una escalera). 1. Sí 2. No
Fragilidad	Dificultad para caminar 100 metros sin descansar	Evalúa si la persona, sin bastón ni andadera, tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar. 1. Sí 2. No
Fragilidad	Antecedentes de enfermedades crónicas diagnosticadas por médico	Registra la presencia de enfermedades crónicas cuando el participante refiere que un médico le ha indicado que padece cada enfermedad. Incluye, entre otras, hipertensión arterial, cáncer distinto de piel, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, angina, asma, artritis, enfermedad vascular cerebral y enfermedad renal crónica. El participante puede marcar más de una enfermedad.
Fragilidad	Peso actual autorreferido	Peso actual del participante, en kilogramos, autorreportado sin zapatos y con ropa.

3.9 Recolección de datos

La recolección de los datos fue realizada por el Asistente Técnico en Atención Primaria (ATAP) durante visitas domiciliarias, con un instrumento validado previamente. Se identificaron hogar, localidad y persona seleccionada. Una segunda visita fue coordinada en los casos cuando no fue posible la localización del participante seleccionado.

3.10 Mediciones antropométricas

Las mediciones antropométricas se realizaron en centros de salud de la CCSS donde se determinaron peso, talla y circunferencia abdominal. Todas las mediciones se realizaron en duplicado dos mediciones, y una tercera medición fue realizada si había diferencia significativa entre las dos primeras. Las dos determinaciones con menores diferencias entre sí fueron seleccionadas para el análisis de los datos.(Anexo 2)

3.11 Medición de la presión arterial

Para la toma de la presión arterial se realizó en el brazo izquierdo bajo condiciones estándar para la toma de la presión arterial, realizándose dos mediciones con intervalo de 3-5 minutos entre ambas. Ante la diferencia era mayor a 5 mmHg, se realizó una tercera determinación. Las presiones arteriales se determinaron por medio de esfigmomanómetros estandarizado de la CCSS. Las dos determinaciones con menores diferencias entre sí fueron seleccionadas para el análisis de los datos.(Anexo 3)

3.12 Metodología para las pruebas de laboratorio

Las pruebas (glucosa, lípidos, HbA1c, creatinina) se realizaron con equipos automatizados en laboratorios institucionales de la CCSS. Todas las pruebas fueron realizadas bajo estándares de controles de calidad y consistencia internos y externos. La estimación del colesterol LDL se calculó con la fórmula de Friedewald.

3.13 Procesamiento y análisis de datos

El análisis incluyó tres etapas: revisión digital, lectura digital y validación de consistencias. Se calcularon factores de expansión según sexo, edad y unidad de muestreo.(Anexo 4)

El análisis de los módulos se realizó según la metodología descrita por el método STEPwise de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para los módulos de alcohol y fragilidad se utilizaron la evaluación de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification test) y la escala Frail, respectivamente (Anexos del 5 al 8).

Para el análisis se utilizó el software R y RStudio v2024.04.2+764.

3.14 Revisión bioética

El protocolo de investigación fue revisado y avalado por el Área de Bioética del Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley Reguladora de Investigación Biomédica No 39061-S y registrado como investigación biomédica ante el Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS) del Ministerio de Salud de Costa Rica. Todos los participantes accedieron a participar de forma voluntaria por medio de la firma del Consentimiento Informado aprobado para la investigación. (Anexo 9)

Resultados

4.1 Demografía

Un total de 4.638 personas fueron encuestadas. La encuesta representa a 3.831.452 personas de la población general, correspondiente a la proyección poblacional del año 2024 según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (Anexo 4)

La distribución por sexo fue equitativa, con una proporción de 50,0% para mujeres y 50,0% para hombres. Según grupo de edad, el 45,0% correspondió al grupo de 20 a 39 años, el 40,6% al grupo de 40 a 64 años, y el 14,4% al grupo de 65 años y más.

En cuanto al nivel educativo, las categorías más frecuentes fueron primaria completa (25,5%) y secundaria incompleta (21,3%). Otras proporciones relevantes fueron secundaria completa (16,1%), primaria incompleta (9,1%) y estudios universitarios completos (12,2%). También se reportaron niveles de posgrado (2,0%), técnicos completos (2,2%) y personas sin escolaridad (2,2%). Ninguna persona rehusó contestar.

Con respecto a la condición de aseguramiento, el 89,1% de las personas encuestadas indicó tener alguna modalidad de cobertura en salud, mientras que un 10,9% no estaba asegurado. (Anexo 10)

4.2 Diabetes

Prevalencia de diabetes diagnosticada

La determinación de la prevalencia de diabetes en la población fue establecida por medio de la autorreferencia del diagnóstico de la enfermedad y a través de los niveles de glucemia que se encontraban registrados en el expediente clínico en un periodo de tiempo no mayor a un año desde el momento de la encuesta o en la determinación de laboratorio dada como parte de la encuesta en aquellas personas sin glucemia reportada en el expediente clínico válida para el estudio. Además, se investigaron temas con relación al manejo farmacológico y no farmacológico dentro de la población evaluada con diagnóstico de la enfermedad.

Respecto a los niveles de glucemia, el 72.3 % de las personas no diabéticas contaba con niveles en ayuno menor a 100 mg/dL, el 26.1 % presentó niveles entre 100 y 125 mg/dL y un 1.6 % niveles mayores a 125 mg/dL.

En la población no diabética del sexo masculino, 1.8 % de las personas contaron con niveles de glucosa superiores a 125 mg/dL, en comparación con un 1.4 % de las personas del sexo femenino.

Para la prevalencia de los niveles de glucemia en ayuno en la población no diabética con valores normales (<100 mg/dL), mostró una tendencia decreciente en relación con la edad, mientras que para los niveles de glucemia entre 100 y 125 mg/dL la tendencia evidenció ser creciente según edad. (Cuadro 5.4)

La prevalencia general de diabetes diagnosticada fue de 14.8 %. Esta proporción aumentó con la edad: fue de 4.1 % en el grupo de 20 a 39 años, 19.6 % en el grupo de 40 a 64 años y 34.4 % en personas de 65 años o más. (Cuadro 5.5, Figura 4.1)

Por sexo, las prevalencias fueron similares: 14.7 % en mujeres y 14.8 % en hombres. Al considerar ambos factores, se observó una mayor proporción de diagnóstico en mujeres de 65 años y más (30.9 %) y en hombres de 65 años o más (38.3 %). Las prevalencias más bajas se registraron en el grupo de 20 a 39 años, con 2.0 % en mujeres y 6.1 % en hombres. (Cuadro 5.5, Figura 4.2)

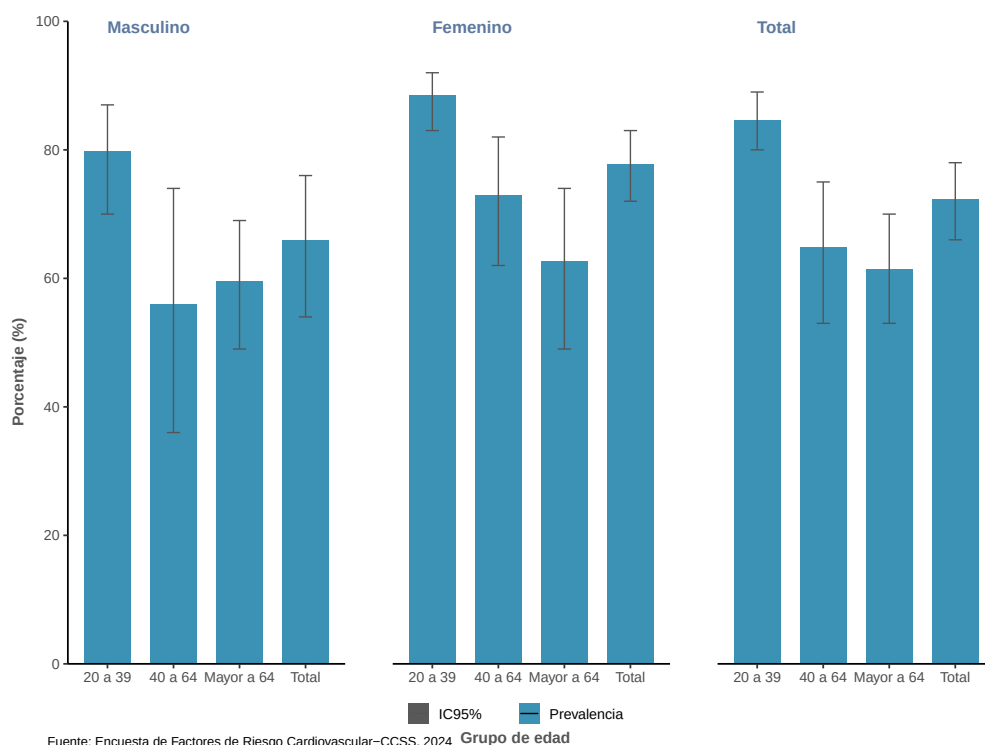


Figura 4.1: Prevalencia de glucemia en ayuno menor de 100 mg/dL según grupo de edad y sexo en población no diabética mayor a 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

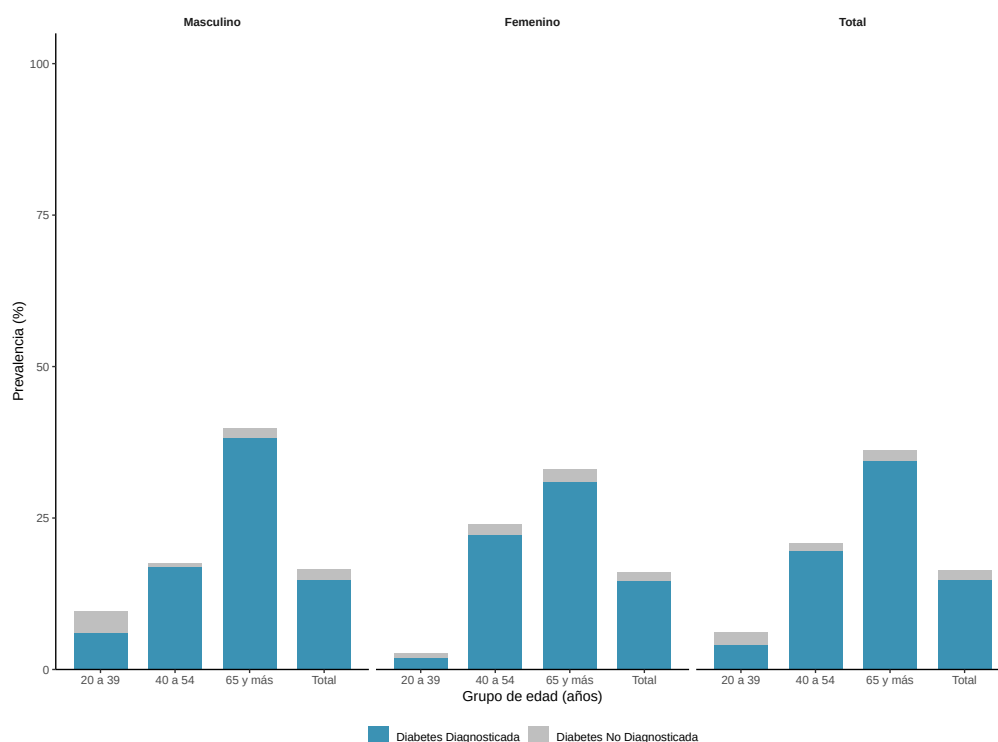


Figura 4.2: Prevalencia de diabetes diagnosticada y no diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024.

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular—CCSS, 2024.

Acceso reciente a diagnóstico

En la población encuestada mayor de 19 años, el 42.8 % reportó haberse realizado una prueba de glucosa en sangre en los últimos 12 meses, mientras que el 57.2 % indicó no haberlo hecho. La realización del análisis fue más frecuente en personas de 65 años y más (67.6 %), seguido por el grupo de 40 a 64 años (50.8 %) y con menor frecuencia en el grupo de 20 a 39 años (27.6 %).

Según sexo, el 47.4 % de las mujeres reportó haberse realizado el análisis, frente al 38.2 % de los hombres. Esta diferencia destacó también en el grupo de 40 a 64 años, donde el 55.2 % de las mujeres se habían realizado el examen, en comparación con el 46.3 % de los hombres. (Cuadro 5.6, Figura 4.3)

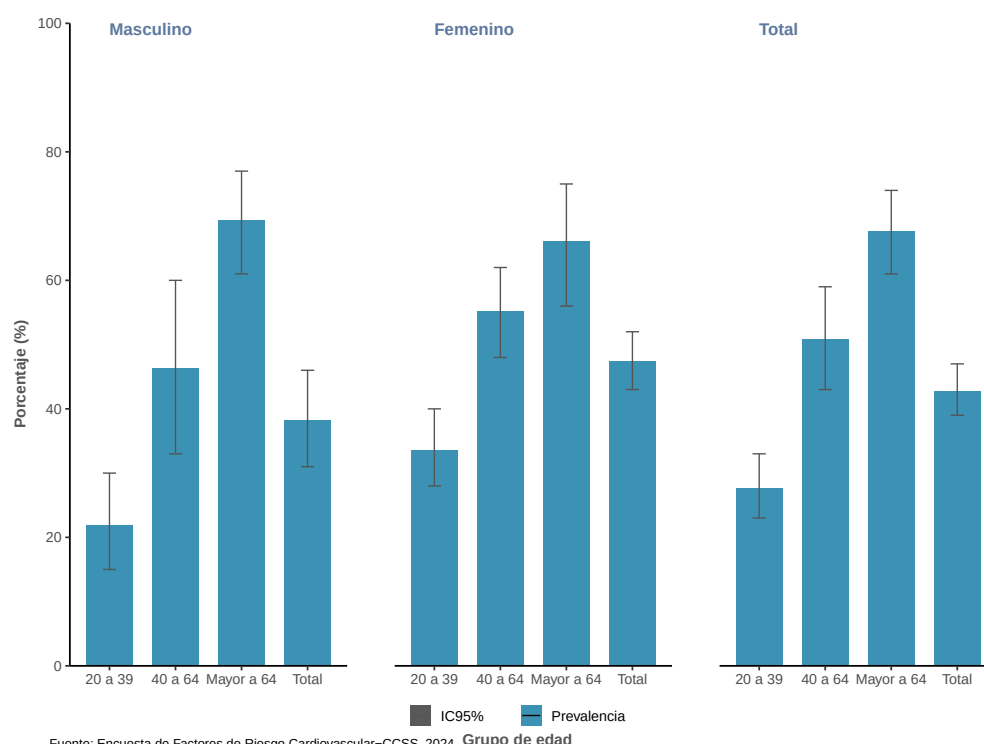


Figura 4.3: Distribución de realización de análisis de glucosa en sangre en últimos 12 meses en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Tratamientos reportados por personas con diagnóstico de diabetes

Uso de insulina

El 31.8 % de las personas con diagnóstico de diabetes reportó estar en tratamiento con insulina. La mayor proporción se presentó en el grupo de 20 a 39 años (66.7 %), mientras que en los grupos de 40 a 64 años y 65 años o más la proporción fue de 26.8 % en ambos casos. (Cuadro 5.7)

Uso de medicamentos orales

El uso de medicamentos orales en las últimas dos semanas fue reportado por el 69.3 % de las personas con diabetes, siendo más frecuente en el grupo de 40 a 64 años (79.4 %), seguido por el grupo de 65 años y más (69.3 %) y el grupo de 20 a 39 años (26.2 %). (Cuadro 5.7)

Seguimiento de dieta especial

El 19.6 % de las personas indicó seguir una dieta especial como parte del tratamiento. Esta práctica fue más común en el grupo de 40 a 64 años (21.4 %) y menos frecuente en el grupo de 20 a 39 años (16.8 %). (Cuadro 5.7)

Consejo o tratamiento para perder peso

El 22.8 % de las personas con diabetes reportó haber recibido consejo o tratamiento para la pérdida de peso. Esta proporción fue más alta en

el grupo de 40 a 64 años (27.2 %), seguido por el grupo de 65 años o más (18.8 %) y el grupo de 20 a 39 años (14.6 %). (Cuadro 5.7)

Consejo para realizar actividad física Con respecto al consejo para realizar actividad física el grupo etario de 20 a 39 años, la respuesta predominante fue no haberlo recibido que alcanzó un 80,2%, de forma similar, en el grupo de 40 a 64 años también predominó esta respuesta alcanzando un 65,4%. Esta tendencia se acentuó nuevamente en las personas de 65 años y más, donde el 80,5% indicó no haber recibido este tipo de consejo. A nivel del total poblacional, la esta respuesta fue de un 72,3%. (Cuadro 5.7)

Tratamiento tradicional a base de hierbas

Al evaluar el tratamiento tradicional a base de hierbas en el grupo de 20 a 39 años, la respuesta más frecuente fue sí utilizarlo, con un 56,2%, en contraste, en el grupo de 40 a 64 años predominó la respuesta de no utilizarlo en un 60,2%, patrón que se mantuvo en las personas de 65 años y más, donde el 62,3% reportó no utilizar este tipo de tratamiento. En el total poblacional, la respuesta la no utilización alcanzó, con un 58,8%. (Cuadro 5.7)

4.3 Hipertensión Arterial

Prevalencia de diagnóstico médico de hipertensión arterial

La evaluación de la presión arterial se realizó con la estimación efectuada al momento de la entrevista, en dos determinaciones consecutivas en el periodo de al menos cinco minutos y determinadas bajo el procedimiento estándar de medición establecido en la encuesta, y con una tercera determinación en los casos de discordancia entre las dos primeras determinaciones, tras contar con diferencias mayores a 5 mmHg.

La determinación de la prevalencia de la hipertensión arterial contempló tanto la hipertensión diagnosticada como la no diagnosticada. La prevalencia de la hipertensión arterial diagnosticada se calculó tomando en cuenta la autorreferencia de ser hipertenso bajo el criterio de haber sido diagnosticado por el personal de salud o estar tomando tratamiento antihipertensivo; mientras que para el cálculo de la prevalencia de hipertensión no diagnosticada se utilizaron las cifras de presión arterial determinadas durante la entrevista.

En la población general encuestada, el 33,6 % reportó haber sido diagnosticado previamente con hipertensión arterial. Esta prevalencia aumentó con la edad, desde un 15,2 % en personas de 20 a 39 años, hasta un 41,6 % en el grupo de 40 a 64 años y un 68,4 % en personas de 65 años o más.

Por sexo, el 32,5 % de las mujeres y el 34,6 % de los hombres reportaron haber recibido diagnóstico de hipertensión. Las proporciones más elevadas se registraron en el grupo de 65 años y más, con 67,1 % en mujeres y 69,8 % en hombres.

En general, la determinación de la prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada evidenció una tendencia creciente según grupo de edad, alcanzando la prevalencia más elevada en el grupo de 65 años, con un 68,4 %, al igual que la prevalencia de hipertensión no diagnosticada fue mayor este mismo grupo de edad, con un 18,3 %, seguido del grupo de 40 a 64 años con un 15,2%. (Cuadro 5.8, Figura 4.4)

De igual forma, la determinación de la prevalencia de hipertensión diagnosticada según grupo de edad evidenció una tendencia creciente en ambos sexos, siendo el grupo de 65 años y más el que presentó la prevalencia más elevada, con un 67,1 % en el grupo femenino y un 69,8 % en el grupo masculino.

La hipertensión no diagnosticada evidenció que la mayor prevalencia se presentó en el grupo de edad mayor de 65 años, con 13,5 % en la población general, 16,8 % en el sexo masculino y 10,3 % en el sexo femenino. (Cuadro 5.8, Figura 4.4)

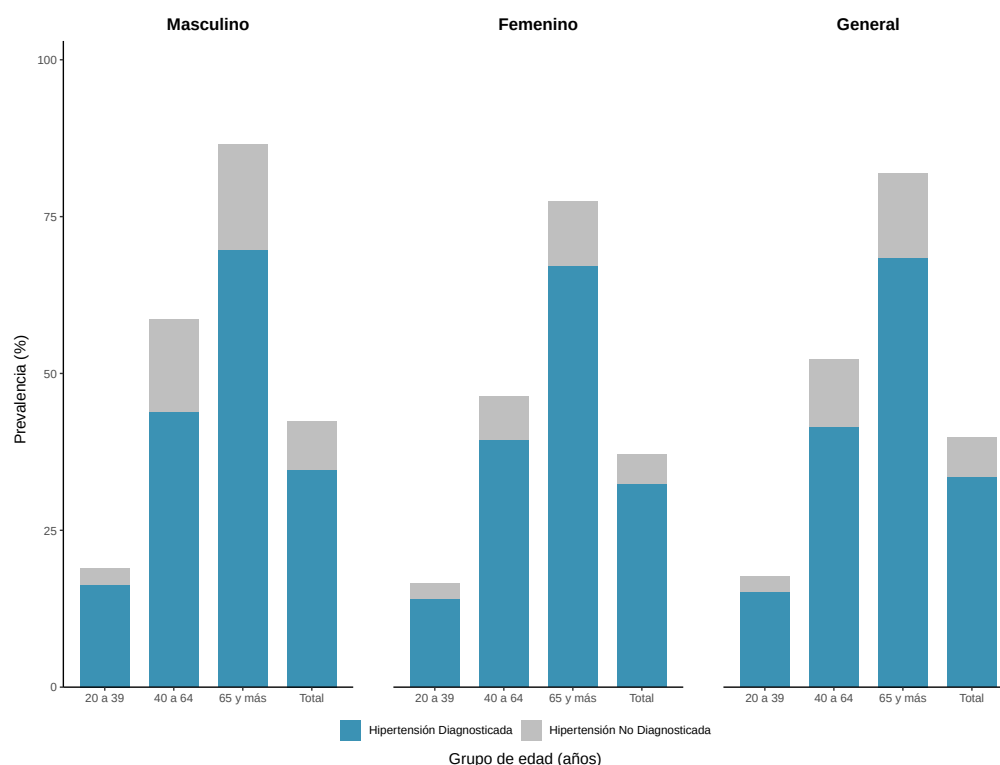


Figura 4.4: Prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada y no diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024.

Fuente: Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular—CCSS, 2024.

Clasificación según presión arterial

En la población total mayor de 19 años, el 88,2% reportó haberse medido la presión arterial en los últimos 12 meses. Un 9,3% indicó que la última medición se realizó entre 1 y 5 años atrás, mientras que el 2,5% señaló que su última toma ocurrió hace más de 5 años. Estos porcentajes describen la distribución del tiempo transcurrido desde la última medición de presión arterial en la población adulta estudiada. (Cuadro 5.9)

Al analizar la presión arterial medida durante la encuesta, se observó que el 45,4 % de la población presentó valores clasificados como óptimos. Esta proporción fue mayor en mujeres (56,4 %) comparado con los hombres (34,7 %). La clasificación «normal» se observó en el 35,1 % del total de la población, con proporciones más elevadas en hombres (44,1 %) que en mujeres (25,8 %).

La categoría «normal alta» alcanzó el 13,2 % a nivel general, siendo más frecuente en hombres (13,4 %) y en el grupo de mujeres (13,0 %). Finalmente, el 6,3 % de la población presentó cifras compatibles con hipertensión arterial (presión sistólica mayor a 140 mmHg o diastólica mayor a 90 mmHg), siendo esta clasificación más frecuente en personas de 65 años y más (10,3 %) en mujeres y 16,8% en hombres. (Cuadro 5.10)

Tratamiento farmacológico y dieta

Entre las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, el 84,4 % reportó haber tomado medicamentos en las dos semanas previas a la encuesta. Esta proporción fue de 67,1 % en el grupo de 20 a 39 años, 84,7 % en el grupo de 40 a 64 años y 95,8 % en el grupo de 65 años o más.

En cuanto al seguimiento de dieta especial como parte del tratamiento, el 13,8 % de las personas diagnosticadas refirió estar bajo esta recomendación. La proporción fue mayor en personas de 65 años y más (17,4 %). (Cuadro 5.11)

Consejos para el manejo no farmacológico

El 15,4 % de las personas con hipertensión reportó haber recibido consejo o tratamiento para perder peso. Esta proporción fue más alta en el grupo de 40 a 64 años (21,3 %).

El 19,8 % indicó haber recibido consejo para realizar actividad física, con valores similares entre los grupos de edad: 17,4 % en el grupo de 20 a 39 años, 21,0 % en el de 40 a 64 y 19,5 % en personas mayores de 65 años.

El 4,9 % reportó haber recibido consejo para dejar de fumar, siendo esta proporción mayor en el grupo de 20 a 39 años (16,0 %).

Además, el 22,7 % indicó haber utilizado tratamientos tradicionales o a base de hierbas para el manejo de la hipertensión, siendo esta práctica más común en personas de 20 a 39 años (26,2 %). (Cuadro 5.11)

Hipertensión Arterial Compensada y No Compensada

En la población total con hipertensión arterial diagnosticada, la hipertensión compensada representó la mayor proporción, con una prevalencia global del 63,3%, mientras que la hipertensión no compensada alcanzó el 36,7%. En el grupo etario de 20 a 39 años, se observó un alto nivel de control, con una prevalencia de hipertensión compensada del 80,7%, en contraste con un 19,3% de no compensación. En el grupo de 40 a 64 años, la proporción de hipertensión compensada descendió al 56,8%, acompañado de un incremento de la hipertensión no compensada hasta el 43,2%.

En las personas de 65 años o más, la hipertensión compensada alcanzó el 61,2%, mientras que la no compensada representó el 38,8%, evidenciando una persistencia de control subóptimo en edades avanzadas. Al analizar los resultados por sexo, las mujeres presentaron una prevalencia global de hipertensión compensada del 64,1%, ligeramente superior a la observada en los hombres, con una proporción de no compensación del 35,9%. En mujeres de 20 a 39 años, la hipertensión compensada alcanzó el 72,9%, mientras que en el grupo de 40 a 64 años se incrementó al 63,3%, y en las de 65 años o más se mantuvo en 60,6%. En los hombres, la prevalencia global de hipertensión compensada fue del 62,6%, con un 37,4% de no compensación. Destacó un alto nivel de control en hombres de 20 a 39 años (85,6%), seguido de una disminución marcada en el grupo de 40 a 64 años (50,6%), y una recuperación parcial en los de 65 años o más (61,9%).

En conjunto, los resultados mostraron un gradiente etario claro, con menor control en edades intermedias y avanzadas, así como diferencias por sexo, caracterizadas por un mejor control relativo en mujeres y una mayor variabilidad en hombres. (Cuadro 5.12, Figura 4.5)

4.3. Hipertensión Arterial

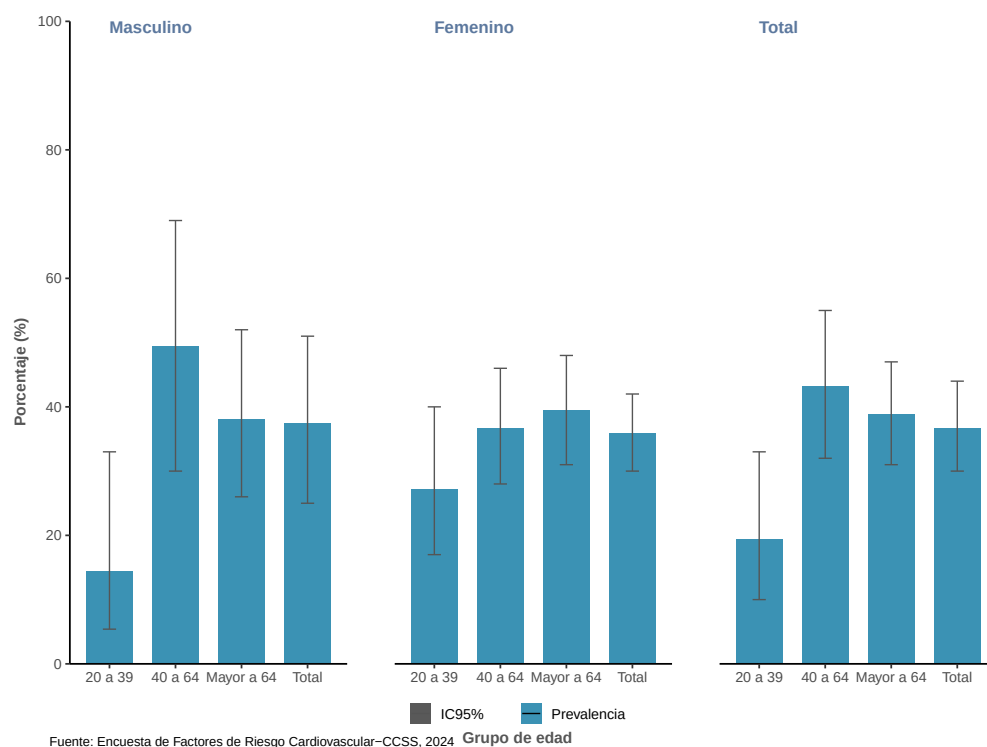


Figura 4.5: Prevalencia de hipertensión arterial no compensada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

4.4 Dislipidemia

Diagnóstico médico de dislipidemia

La dislipidemia fue otro de los factores de riesgo cardiovascular evaluados, la cual para la dislipidemia diagnosticada se determinó por la autorreferencia de diagnóstico basado en el criterio de un profesional de la salud, mientras que la dislipidemia no diagnosticada se determinó de acuerdo con los resultados de pruebas de laboratorio en el periodo actual o hasta un año antes del momento de la encuesta registrados en el expediente del paciente.

En la población general encuestada, el 25,0 % reportó haber sido diagnosticada con dislipidemia. Esta proporción aumentó progresivamente con la edad, desde un 13,7 % en el grupo de 20 a 39 años, hasta un 29,9 % en el grupo de 40 a 64 años y un 46,2 % en el grupo de 65 años y más.

Por sexo, se observó una prevalencia mayor en mujeres (28,7 %) que en hombres (21,3 %). Esta diferencia fue especialmente marcada en el grupo de 65 años y más, donde la prevalencia alcanzó 54,0 % en mujeres y 37,3 % en hombres.

En el grupo de 40 a 64 años, las mujeres también presentaron una mayor proporción de diagnóstico (33,3 %) en comparación con los hombres (26,5 %). En el grupo más joven (20 a 39 años), la prevalencia fue de 15,6 % en mujeres y de 11,9 % en hombres. (Cuadro 5.12, Figura 4.6)

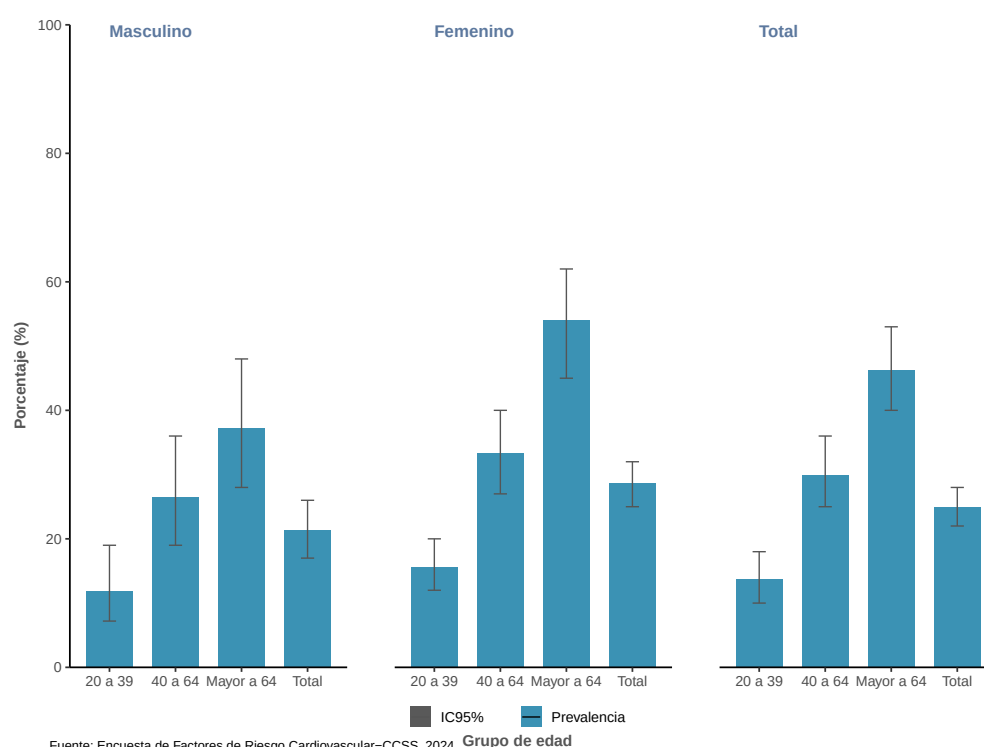


Figura 4.6: Prevalencia de dislipidemia diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Nivel de triglicéridos

Los niveles de triglicéridos en la población total, presentó una proporción con valores anormales fue de 38,7%, mientras que 61,3% se clasificó como normal.

Por grupo etario en el total, los valores anormales fueron 36,9% en 20–39 años, 39,5% en 40–64 años y 39,6% en mayores de 64 años. En mujeres, la categoría anormal alcanzó 38,0% en el total, con proporciones de 29,3% (20–39), 42,6% (40–64) y 41,2% (mayores de 65). En hombres, la categoría anormal fue 39,5% en el total, con 46,4% (20–39), 35,8% (40–64) y 37,7% (mayores de 65 años). (Cuadro 5.13, Figura 4.7)

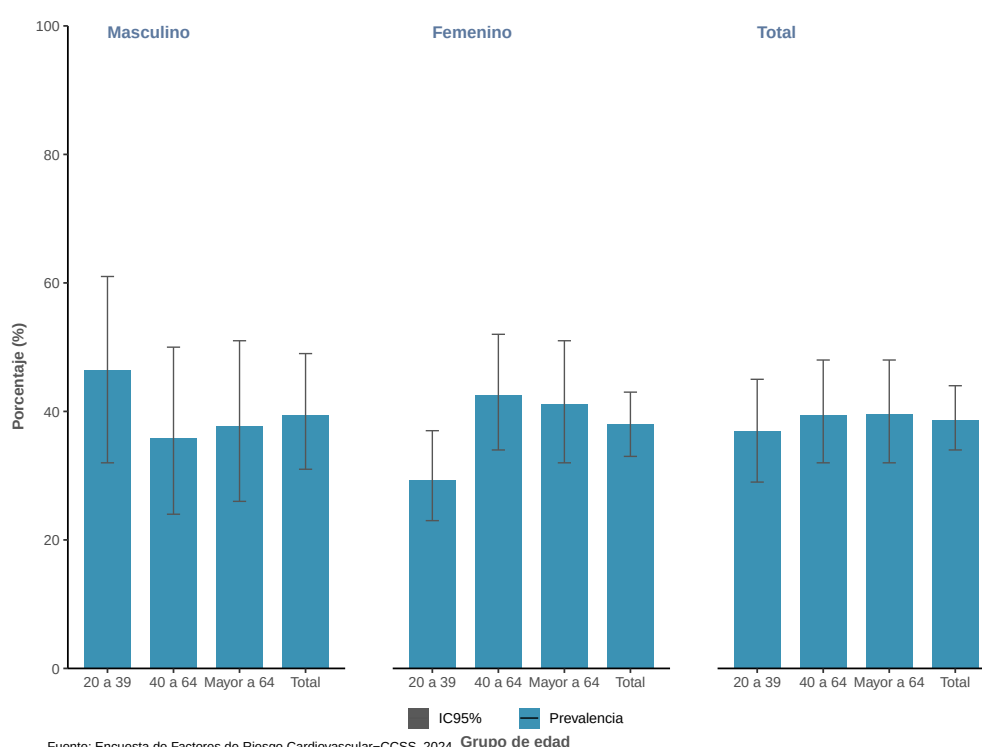


Figura 4.7: Prevalencia de niveles elevados de trigliceridos (mayor o igual a 150 mg/dL) según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Nivel de Colesterol total

La distribución del colesterol total en la población general mostró que el 54,8% presentó valores menores de 200 mg/dL, el 28,6% se ubicó en el rango de 200–239 mg/dL y el 16,6% registró concentraciones iguales o superiores a 240 mg/dL.

Al analizar la distribución por grupos de edad, el grupo de 40–64 años presentó un 33,2% en el rango de 200–239 mg/dL, mientras que en el grupo de 20–39 años este porcentaje fue de 24,6%, y en las personas de 65 años y más alcanzó el 24,8%.

Según sexo, en las mujeres el 56,0% presentó colesterol total menor de 200 mg/dL, el 28,1% se ubicó entre 200–239 mg/dL y el 15,9% mostró valores iguales o superiores a 240 mg/dL. En los hombres, el 53,6% registró valores menores de 200 mg/dL, el 29,1% se concentró en el rango de 200–239 mg/dL y el 17,4% presentó niveles iguales o superiores a 240 mg/dL. (Cuadro 5.14, Figura 4.8 y 4.9)

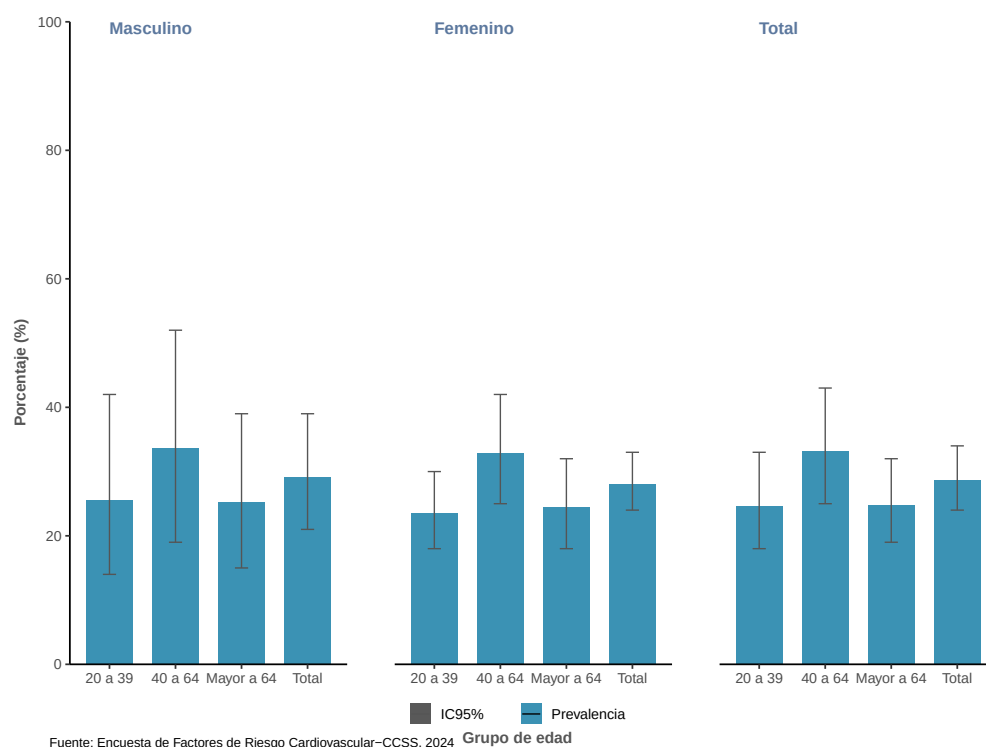


Figura 4.8: Prevalencia de niveles elevados de colesterol total (de 200 a 240 mg/dL) según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

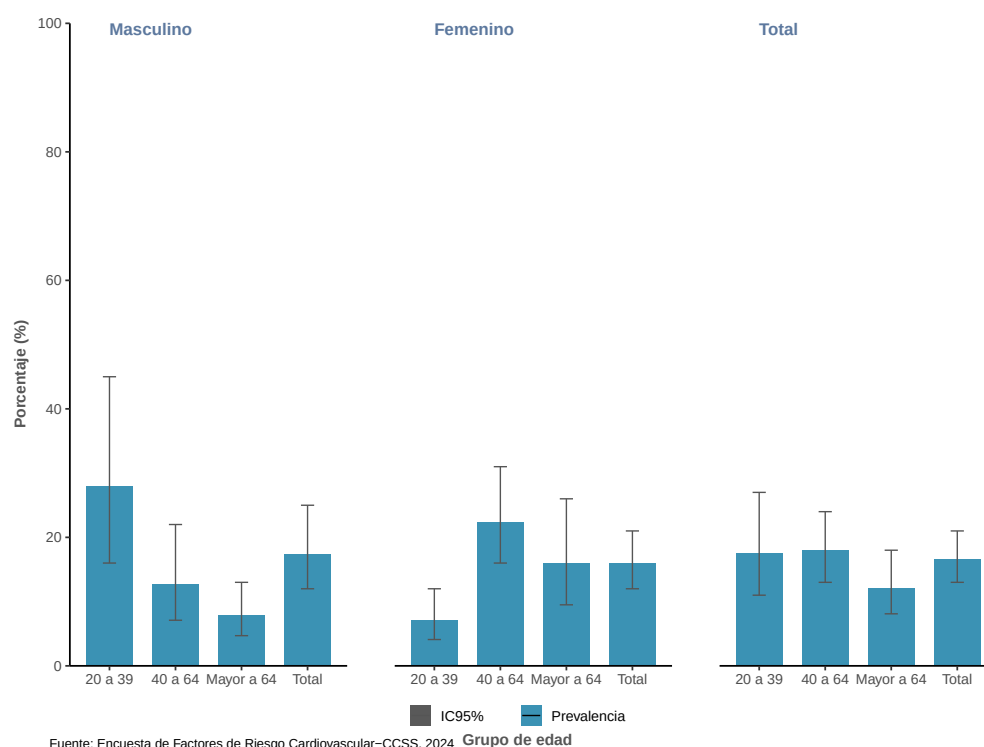


Figura 4.9: Prevalencia de niveles elevados de colesterol total (mayor a 240 mg/dL) según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Nivel de Colesterol HDL

La prevalencia de niveles bajos de colesterol HDL en la población total mayor de 19 años y más fue de 54,0%. Según grupo de edad, la mayor proporción de niveles bajos se observó en el grupo de 40 a 64 años con 59,1%, seguido por las personas de 65 años y más con 51,9%, mientras que en el grupo de 20 a 39 años fue de 48,5%.

En el análisis por sexo, las mujeres presentaron una prevalencia total de 61,1% de niveles bajos de colesterol HDL, siendo similar en los grupos de 20 a 39 años (63,7%) y 40 a 64 años (63,3%), y menor en las mujeres de 65 años y más (50,5%). En los hombres, la prevalencia total de niveles bajos fue de 46,4%, con valores de 32,9% en el grupo de 20 a 39 años, 54,3% en el de 40 a 64 años y 53,5% en los de 65 años y más. (Cuadro 5.15, Figura 4.10)

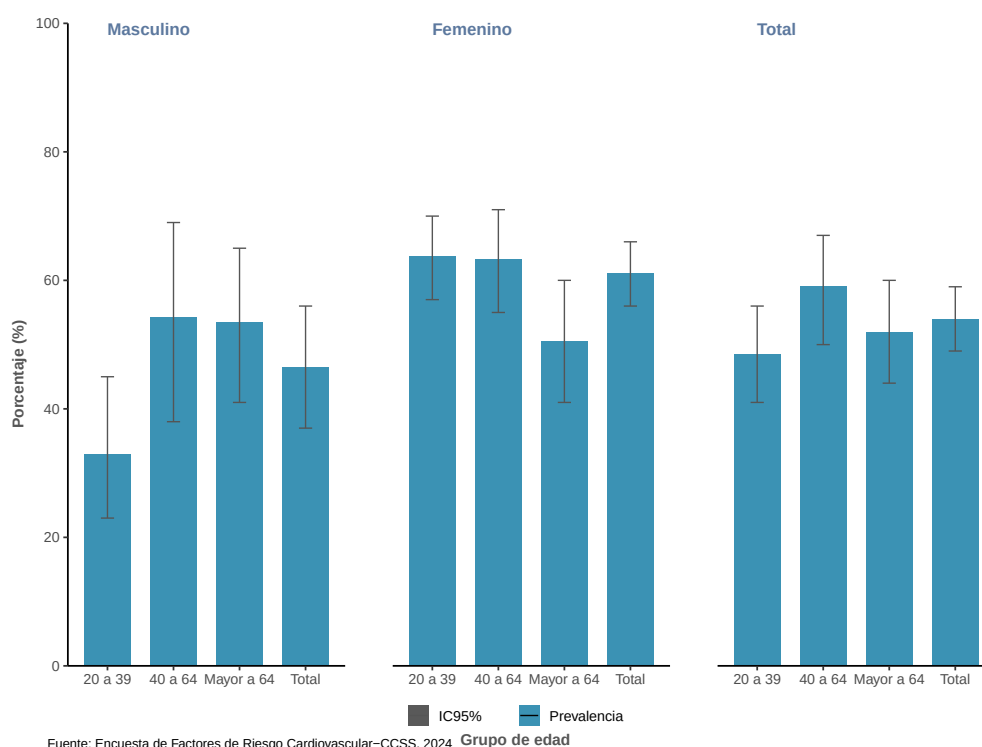


Figura 4.10: Prevalencia de niveles bajos de colesterol HDL según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Nivel de Colesterol LDL

La prevalencia de colesterol LDL alto (mayor a 130 mg/dL), en la población total fue 40,7%, y 59,3% se ubicó en mayor a 130 mg/dL. Por edad en el total, LDL mayor a 130 mg/dL fue 35,3% en 20–39 años, 47,9% en 40–64 años y 31,5% en igual o mayor a 65 años.

En mujeres, la prevalencia total de LDL igual o superior a 130 mg/dL se presentó en el 41,4%, con 30,3% en 20–39 años, 52,5% en 40–64 años y 32,9% en 65 años o más. En hombres, la prevalencia total de LDL en niveles de 130 mg/dL o superior fue de 39,9%, con 41,2% en 20–39 años, 42,8% en 40–64 años y 29,8% en población de 65 años o mayor. (Cuadro 5.16, Figura 4.11)

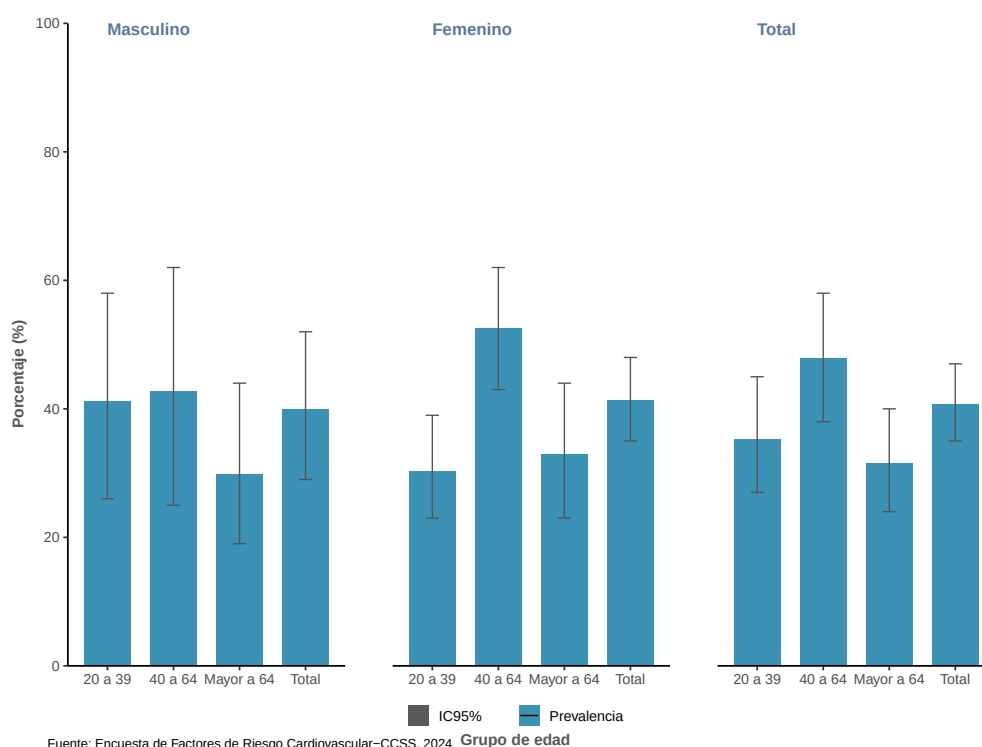


Figura 4.11: Prevalencia de niveles altos de colesterol LDL según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Realización reciente de análisis de lípidos

En la población encuestada mayor de 19 años, 47,2% reportó haberse realizado un análisis de lípidos en los últimos 12 meses, mientras que 52,8% indicó no habérselo realizado. La realización del análisis mostró un patrón ascendente por edad: fue de 33,6% en el grupo de 20 a 39 años, aumentó a 53,0% en 40 a 64 años, y alcanzó 73,3% en personas de 65 años y más.

Por sexo, se observó una mayor proporción de realización del análisis en mujeres en comparación con hombres. Esta diferencia también se mantiene por grupo de edad: en 20 a 39 años, se reportó 40,5% en mujeres frente a 27,1% en hombres; en 40 a 64 años, 59,1% en mujeres versus 46,8% en hombres; y en 65 años y más, 76,2% en mujeres frente a 70,1% en hombres. (Cuadro 5.17, Figura 4.12)

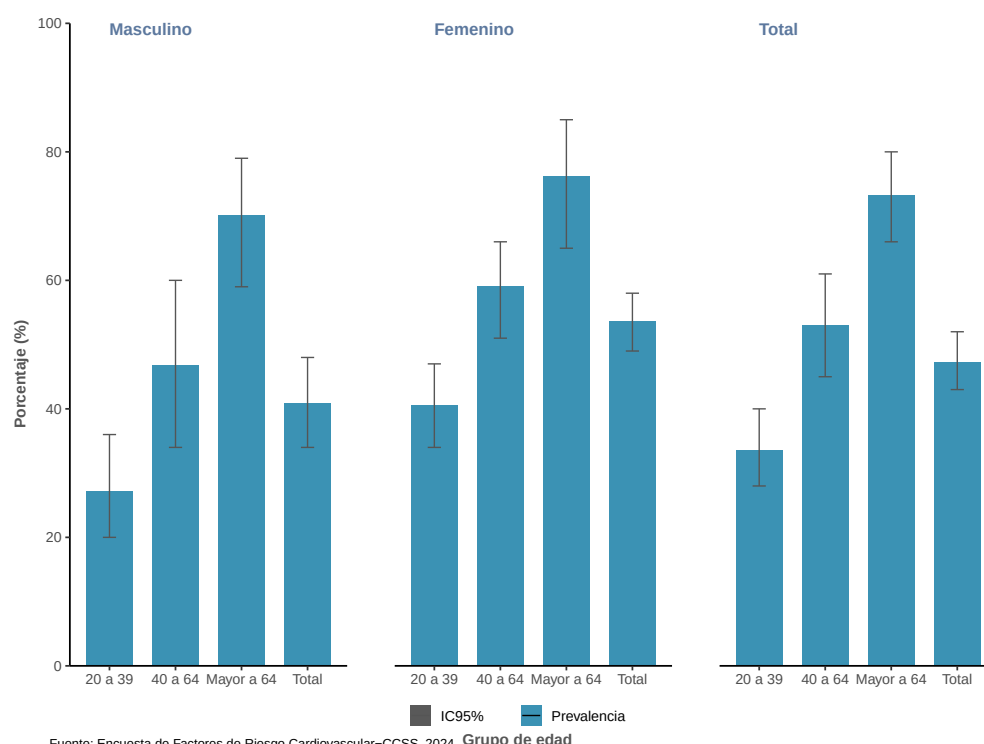


Figura 4.12: Distribución de realización de análisis de dislipidemia en sangre en últimos 12 meses en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Tratamientos y consejos reportados

Entre las personas diagnosticadas con dislipidemia, el 58,4 % reportó haber tomado medicamentos orales en las dos semanas previas a la encuesta. Esta proporción aumentó con la edad: fue de 35,0 % en el grupo de 20 a 39 años, 62,6 % en el grupo de 40 a 64 años y 72,5 % en el grupo de 65 años y más.

El 20,8 % de las personas con dislipidemia indicó seguir una dieta especial como parte del manejo de la condición. Esta práctica fue más frecuente en los grupos de 40 a 64 años (25,1 %) y de 20 a 39 años (23,5 %), y menos común en el grupo de 65 años y más (10,5 %).

El 18,1 % de las personas diagnosticadas con dislipidemia refirió haber recibido consejo o tratamiento para perder peso. Esta proporción fue de 22,5 % en el grupo de 20 a 39 años, 22,1 % en el grupo de 40 a 64 años y 6,8 % en personas de 65 años y más.

El 24,8 % de las personas diagnosticadas con dislipidemia reportó no haber recibido ninguno de los tratamientos o consejos evaluados (medicación, dieta, control de peso, ejercicio o alternativas tradicionales). Esta proporción fue mayor en el grupo de 20 a 39 años (34,8 %) y menor en el grupo de 65 años o más (24,1 %).

El 17,6 % de las personas con dislipidemia indicó haber utilizado tra-

tamientos tradicionales o a base de hierbas como parte del manejo de la condición. La proporción fue mayor en el grupo de 65 o más años (22,8%) seguido del grupo de 40 a 64 años (18.7%). (Cuadro 5.18)

4.5 Antropometría

La evaluación de las mediciones antropométricas incluyó la determinación del peso y la talla de cada uno de los encuestados, con la estimación del Índice de Masa Corporal (IMC) clasificado según lo establecido por la OMS.

Se utilizó la clasificación estándar:

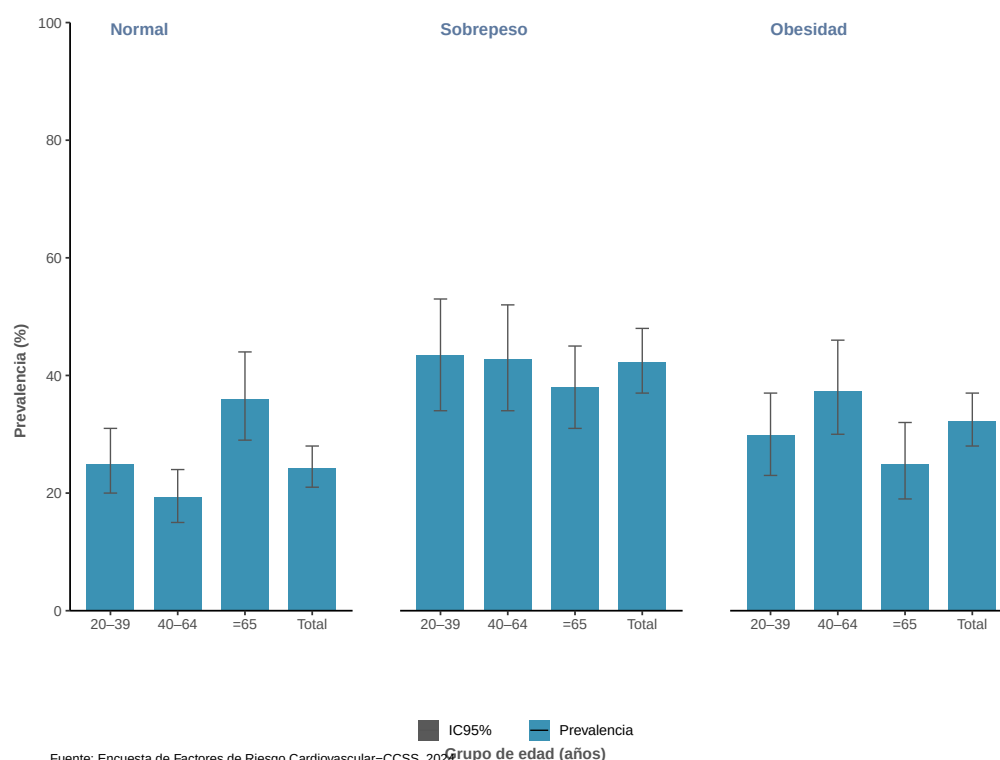
- Bajo peso: IMC menor 18,5 kg/m²
- Peso normal: IMC 18,5–24,9 kg/m²
- Sobrepeso: IMC 25,0–29,9 kg/m²
- Obesidad: IMC mayor o igual 30,0 kg/m²

En la población mayor de 19 años, la clasificación predominante fue el sobrepeso, con 42,3%, seguida por obesidad con 32,3%. La categoría de peso normal representó 24,3%, mientras que el bajo peso fue poco frecuente (1,1%). En conjunto, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad alcanzó 74,6% en el total.

Por grupo de edad en la población total, el sobrepeso fue más alto en 20 a 39 años con 43,5% y se mantuvo en niveles similares en 40 a 64 años (42,8%) y en 65 años (38,0%). En contraste, la obesidad fue mayor en el grupo de 40 a 64 años (37,4%), seguida por 20 a 39 años (29,8%) y con menor proporción en mayores de 65 años (24,9%). El peso normal mostró una proporción más alta en mayores de 65 años (36,0%) en comparación con 20 a 39 (24,9%) y 40 a 64 (19,3%).

Al estratificar por sexo, se observó que en mujeres la categoría de obesidad fue 38,4% y el sobrepeso 34,6%, mientras que el peso normal representó 26,2% y el bajo peso 0,9%. En hombres, predominó el sobrepeso con 49,5% y la obesidad fue 26,7%; el peso normal correspondió a 22,5% y el bajo peso a 1,3%.

Por edad y sexo, en mujeres la obesidad fue más alta en el grupo de 40 a 64 años (46,4%), en comparación con 20 a 39 (33,9%) y 65 (27,1%). En hombres, el sobrepeso fue mayor en 40 a 64 años (52,4%) y en 20 a 39 (49,8%), con una proporción menor en 65 (40,2%). La obesidad masculina se mantuvo entre 26,7% en 20–39, 28,1% en 40–64 y 22,5% en mayores de 65 años. (Cuadro 5.20, Figuras 4.13 a 4.15)



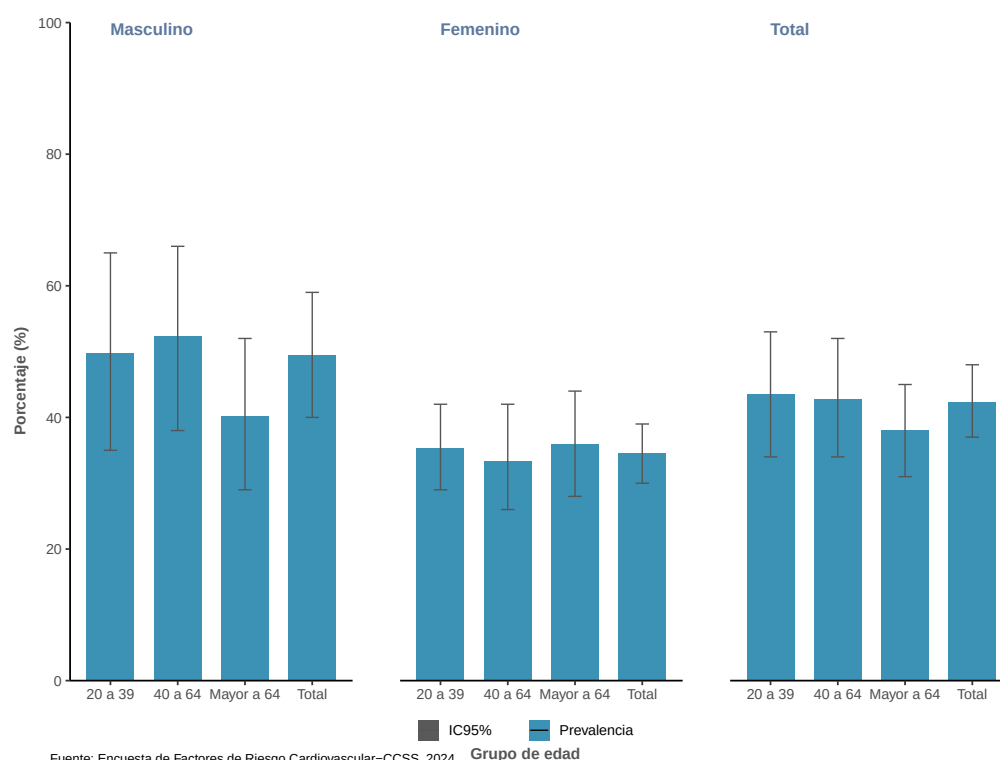


Figura 4.14: Prevalencia de clasificación del índice de masa corporal (IMC) según grupo de edad en población mayor de 19 años con sobrepeso según sexo, % (IC95%). Costa Rica, 2024.

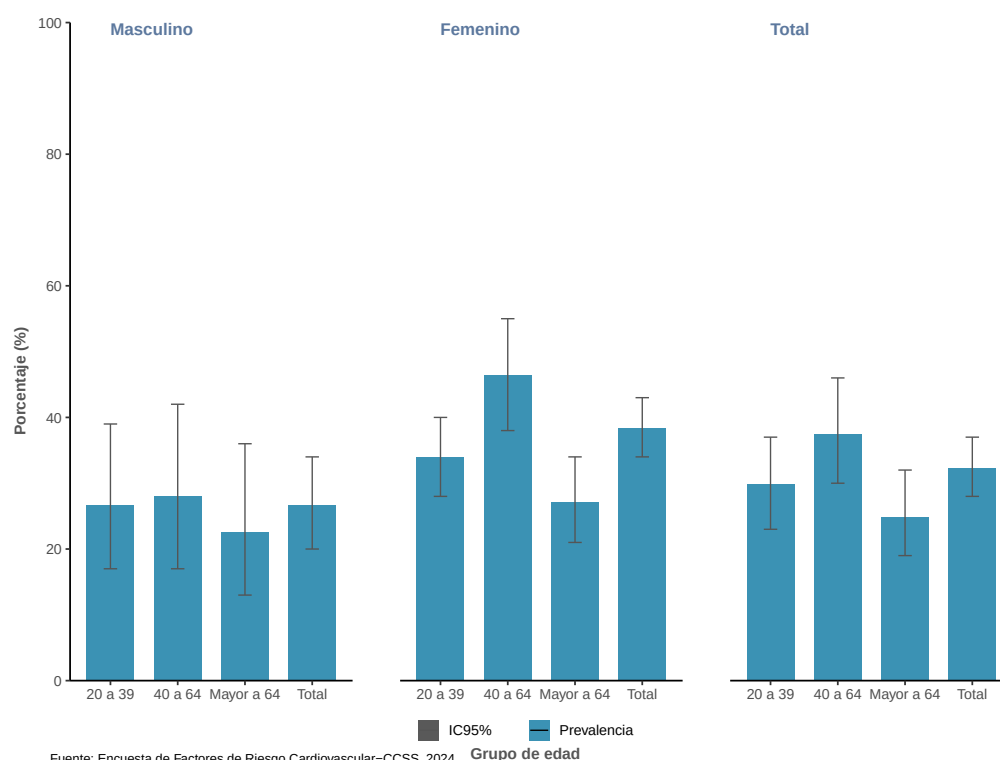


Figura 4.15: Prevalencia de clasificación del índice de masa corporal (IMC) según grupo de edad en población mayor de 19 años con obesidad según sexo, % (IC95%). Costa Rica, 2024.

4.6 Factores de Riesgo Conductuales

Actividad Física

La actividad física se evaluó mediante autorreporte, clasificando a las personas según cumplimiento o no de la recomendación de la OMS (realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada o intensa). En la población mayor de 19 años, 34,5% no cumplió la recomendación, mientras que 65,5% sí la cumplió.

Por grupo de edad, el incumplimiento aumentó conforme avanzó la edad: fue 27,6% en 20 a 39 años, 35,3% en 40 a 64 años, y alcanzó 53,8% en personas mayores de 65 años. En concordancia, el cumplimiento descendió de 72,4% en 20–39 años a 64,7% en 40–64 años y 46,2% en mayores de 65 años.

Al estratificar por sexo, en mujeres el no cumplimiento fue 41,5% y el cumplimiento 58,5%. En hombres, el no cumplimiento fue menor (27,5%) y el cumplimiento mayor (72,5%). Esta diferencia se mantuvo en todos los grupos etarios: en mujeres, el incumplimiento fue 32,6% (20–39), 45,0% (40–64) y 57,6% (mayores de 65); mientras que en hombres fue 22,9%, 25,4% y 49,5%, respectivamente. (Cuadro 5.21, Figura 4.16)

Considerando los tiempos medios en minutos según dominio de actividad, los mayores tiempos medios se observaron en la actividad moderada en el trabajo (352,4 min) y en la actividad vigorosa en el trabajo (279,5 min), seguidos por el tiempo dedicado a transporte (225,7 min). En los componentes recreacionales, los tiempos medios fueron menores: actividad moderada recreacional 67,6 min y actividad vigorosa recreacional 57,3 min. Adicionalmente, los tiempos medios reportados como relacionados con cada ámbito fueron 90,3 min (trabajo), 32,2 min (transporte) y 17,8 min (recreación).

Por grupo de edad, el patrón general muestra valores más altos en el grupo de 40 a 64 años para varios dominios: actividad vigorosa en el trabajo 339,1 min, actividad moderada en el trabajo 397,9 min y transporte 261,0 min. En 20 a 39 años, los tiempos medios se ubicaron en 287,6 min (vigorosa en el trabajo), 350,8 min (moderada en el trabajo) y 213,1 min (transporte). En el grupo de 65 años y más se registraron tiempos medios menores en comparación con los otros grupos, particularmente en actividad vigorosa en el trabajo (86,0 min), transporte (165,6 min) y en la recreación (15,8 min vigorosa y 31,3 min moderada). (Cuadro 5.22)

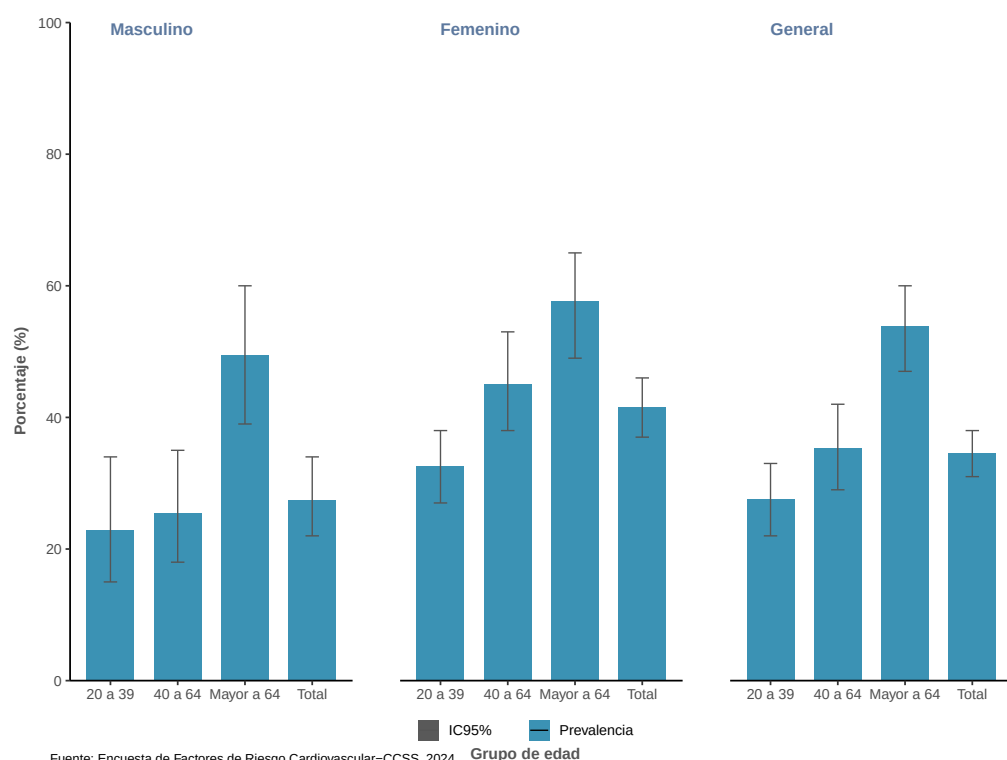


Figura 4.16: Prevalencia del incumplimiento actividad física correspondiente a menos de 150 minutos por semana, según grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Consumo de Frutas y Vegetales

En la población total mayor de 19 años, el 29,3% reportó consumir 5 o más porciones al día. Por grupo de edad, este cumplimiento fue 32,7% en 20–39 años, 25,9% en 40–64 años y 28,4% en 65 años y más. Por sexo, el porcentaje total fue similar: 29,2% en mujeres y 29,4% en hombres. En mujeres, el consumo de 5 o más porciones fue 30,1% (20–39), 26,8% (40–64) y 33,1% (mayores de 65); en hombres fue 35,2%, 24,9% y 23,1%, respectivamente.

En la categoría de menor a 5 porciones, se ubicó la mayoría de la población, con 66,4% en 20–39 años, 72,8% en 40–64 años y 71,0% en mayores de 65 años. Por sexo, esta categoría fue 69,5% en mujeres y 69,8% en hombres.

Finalmente, la proporción que indicó no consumir frutas ni vegetales fue baja (1,0%; IC95%: 0,74–1,42), con 0,9% en 20–39 años, 1,3% en 40–64 años y 0,6% en mayores de 65 años. Por sexo, se reportó 1,3% en mujeres y 0,7% en hombres. (Cuadro 5.23, Figura 4.17)

Complementariamente, el consumo promedio mostró que, en el total, los días por semana de consumo de frutas fueron 3,1 en 20–39, 3,6 en 40–64 y 4,3 en mayores de 65 (total 3,5). Las porciones de frutas por día fueron 1,6 en 20–39, 1,7 en 40–64 y 1,8 en mayores de 65 (total 1,7). Para vegetales, los días por semana fueron 4,1, 3,8 y 4,1 (total 4,0), y las porciones de vegetales por día fueron 1,9, 1,8 y 1,7 (total 1,8). En todos los grupos, las porciones diarias de frutas y vegetales se mantuvieron en 3,4. (Cuadro 5.24)

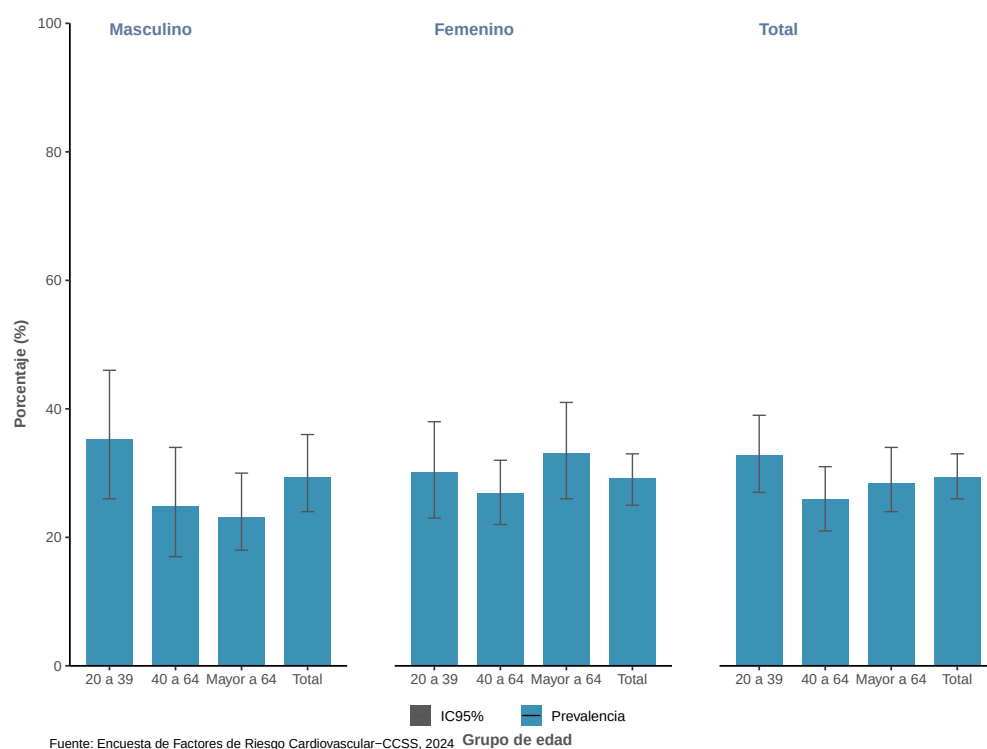


Figura 4.17: Prevalencia del nivel de consumo de frutas y/o vegetales o igual o más a cinco al día según grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Consumo de Sal

Se exploró el consumo de sal mediante cuatro aproximaciones: agregado de sal o salsas saladas al comer, agregado de sal/sazonador durante la preparación, frecuencia de consumo de comidas procesadas altas en sal, y percepción personal sobre la cantidad de sal consumida.

En relación con el agregado de sal o salsas saladas antes de probar los alimentos o mientras se come, a nivel global el 15,7% indicó hacerlo siempre, mientras que 49,9% reportó nunca hacerlo. El resto se distribuyó entre raramente (18,0%) y algunas veces (16,3%). Por grupo de edad, la frecuencia de «siempre» fue 12,7% en 20–39 años, 17,6% en 40–64 años y 19,5% en mayores de 65 años, mientras que «nunca» fue más alta en 20–39 años (54,6%).

Respecto al agregado de sal, sazónador salado o salsas saladas durante la preparación de la comida, el patrón fue distinto: globalmente, 50,0% reportó hacerlo siempre, 22,7% algunas veces, 13,0% raramente y 14,2% nunca. En este caso, «siempre» fue más frecuente en el grupo de 20–39 años (56,1%), y disminuyó en 40–64 (45,5%) y en mayores de 65 (43,4%).

En cuanto al consumo de comida procesada alta en sal, globalmente predominó el reporte de consumo algunas veces (42,4%) y raramente (36,9%); 15,7% indicó nunca consumirla, y 5,0% señaló hacerlo siempre. Por edad, el consumo «siempre» fue mayor en 20–39 años (7,5%) y menor en mayores de 65 (1,3%), mientras que «nunca» alcanzó su mayor proporción en mayores de 65 (34,2%).

Finalmente, sobre la percepción de cuánta sal o salsa salada cree que consume, a nivel global 63,5% consideró que consume «justo lo necesario», 25,5% «muy poca», y 5,4% «mucha»; las categorías extremas fueron poco frecuentes (0,7% «demasiada» y 4,8% «demasiado poca»). Por edad, la percepción de «justo lo necesario» disminuyó de 68,7% (20–39) a 56,8% (mayores de 65), mientras que «muy poca» aumentó de 20,9% a 32,3%. (Cuadro 5.25, Figura 4.18)

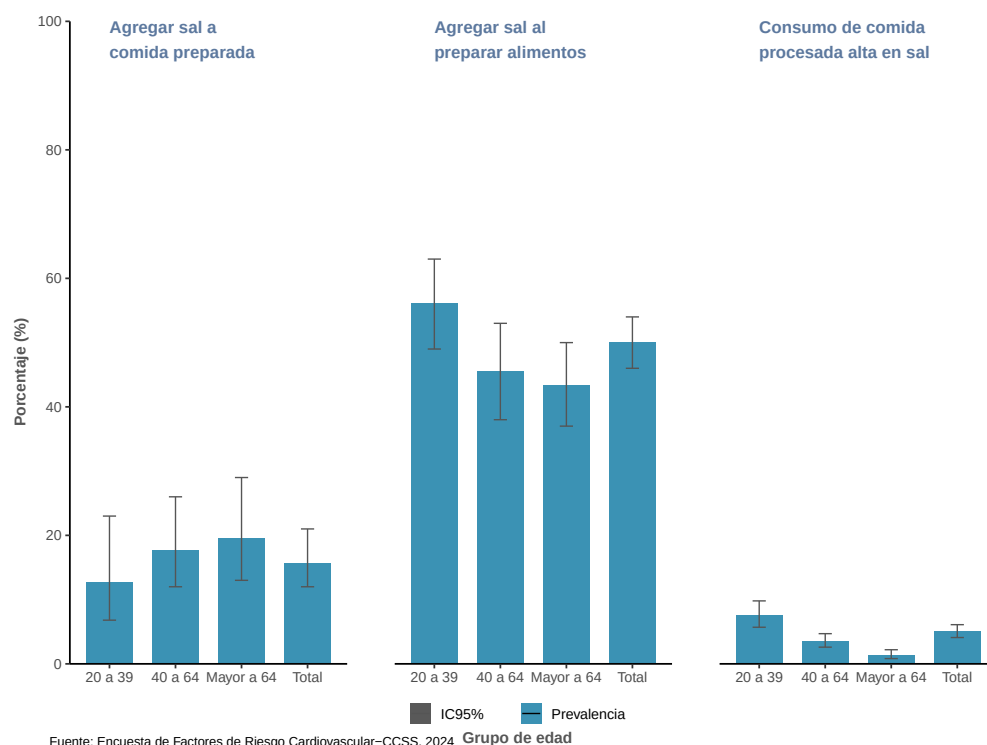


Figura 4.18: Frecuencia de agregado de sal a los alimentos antes de probarlos, por sexo, en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2018.

Consumo de Tabaco

Prevalencia de fumado actual

En la población mayor de 19 años, el 12,2% reportó fumar actualmente algún producto de tabaco. La prevalencia fue más alta en el grupo de 20 a 39 años (18,8%), y disminuyó en los grupos de 40 a 64 años (7,5%) y mayores de 65 años (4,5%).

Por sexo, el fumado actual fue más frecuente en hombres (15,3%) que en mujeres (9,1%). La diferencia fue especialmente marcada en el grupo de 20 a 39 años, donde fumaba el 24,4% de los hombres frente al 12,8% de las mujeres. (Cuadro 5.26, Figura 4.19)

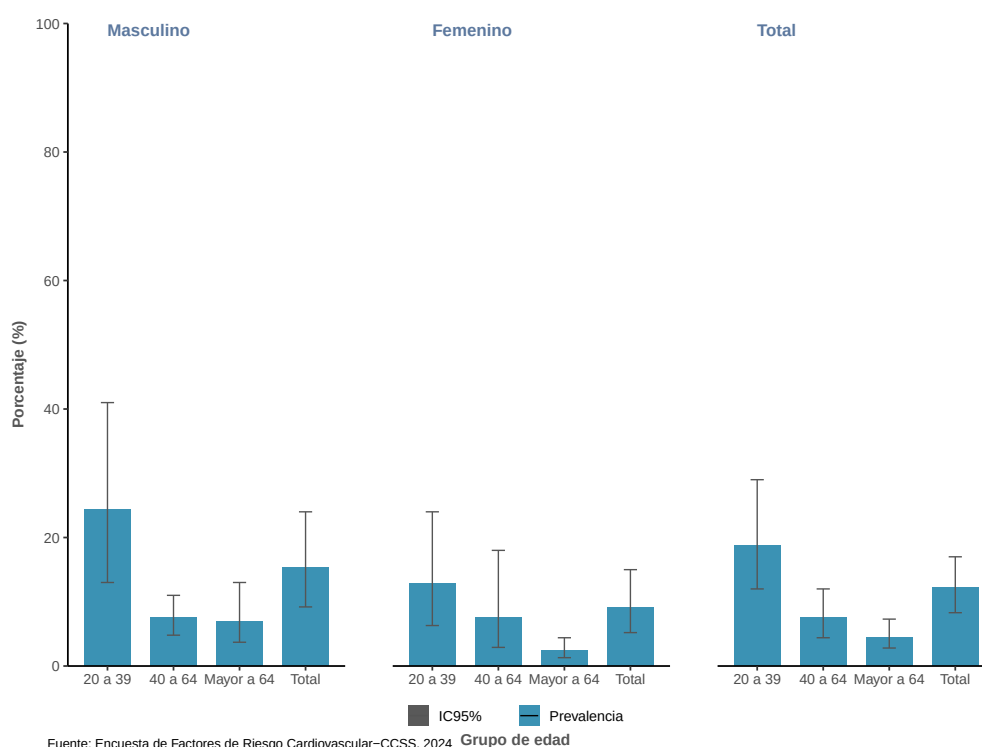


Figura 4.19: Distribución de consumo actual de tabaco en la población según grupo de edad y sexo, en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Frecuencia de fumado diario

Entre las personas que fuman actualmente, la mayoría reportó fumar a diario (82,9%). Esta práctica fue alta en todos los grupos de edad: 81,6% en 20–39 años, 84,5% en 40–64 años y 92,2% en 65 años y más.

Por sexo, el consumo diario fue similar: 86,3% en mujeres y 80,9% en hombres. En el grupo de 40–64 años se observó una proporción particularmente alta de fumado diario en mujeres (91,1%). (Cuadro 5.27)

Edad de inicio del fumado

La edad promedio de inicio del fumado en fumadores actuales fue de 20,1 años. Por grupo de edad, el inicio promedio fue más temprano en el grupo de 65 años y más (16,9 años) y más tardío en el grupo de 20 a 39 años (21,2 años).

Por sexo, la edad promedio de inicio fue de 18,5 años en mujeres y 21,0 años en hombres. En mujeres de 65 años y más se registró un inicio promedio más tardío (23,3 años), mientras que en hombres de 65 años y más se observó un inicio más temprano (14,3 años). (Cuadro 5.28)

Productos fumados habitualmente

En el total de fumadores actuales, el producto reportado con mayor frecuencia fueron los cigarrillos (62,0%), seguido por el vapeo (33,4%). Los demás productos fueron menos frecuentes: puros (1,9%), pipa (0,5%) y otros (2,2%).

Por edad, en 20–39 años destacó un patrón distinto, con cigarrillos (47,3%) y vapeo (47,1%) en proporciones muy similares, mientras que en los grupos de 40–64 y mayores de 65 años predominó ampliamente el consumo de cigarrillos (96,5% y 94,1%, respectivamente).

Por sexo, en mujeres predominó el uso de cigarrillos (67,3%), seguido por vapeo (31,8%); en hombres también predominó cigarrillos (58,8%) y luego vapeo (34,4%), con una mayor presencia de categorías «otros» y «pipa» en comparación con mujeres. (Cuadro 5.29)

Consumo de Bebidas Alcohólicas

Clasificación del consumo según AUDIT

En la población adulta mayor de 19 años, la categoría predominante según la clasificación del AUDIT fue la de abstemio, con una prevalencia total de 67,5 % (IC95%: 63,0–71,8). Esta condición fue más frecuente en las mujeres (76,5 %; IC95%: 72,1–80,3) que en los hombres (58,6 %; IC95%: 50,7–66,0). Por grupo de edad, la proporción de personas abstemias aumentó progresivamente con la edad, desde 54,6 % en el grupo de 20 a 39 años, a 74,4 % en el grupo de 40 a 64 años, alcanzando 88,6 % en las personas de 65 años o más.

El consumo de bajo riesgo representó el 28,2 % del total de la población (IC95%: 24,1–32,6). Este patrón fue más frecuente en los hombres (34,7 %; IC95%: 27,6–42,5) que en las mujeres (21,7 %; IC95%: 18,2–25,7). Por edad, el consumo de bajo riesgo fue mayor en el grupo de 20 a 39 años (37,9 %), disminuyendo a 23,4 % en el grupo de 40 a 64 años y a 11,0 % en las personas de 65 años o más.

En relación con los patrones de mayor riesgo, el consumo moderado–severo compatible con dependencia al alcohol presentó una prevalencia total de 1,9 % (IC95%: 0,63–5,68), siendo más frecuente en los hombres (2,5 %) que en las mujeres (1,4 %). Este patrón fue más prevalente en el grupo de 20 a 39 años (3,7 %), disminuyendo de forma marcada en los grupos de mayor edad.

Por su parte, el consumo riesgoso o perjudicial alcanzó una prevalencia total de 2,4 % (IC95%: 1,67–3,43), con una mayor proporción en hombres (4,3 %) en comparación con mujeres (0,5 %). Al igual que el consumo moderado–severo, este patrón se concentró principalmente en el grupo de 20 a 39 años (3,7 %), reduciéndose de manera progresiva conforme aumentó la edad. (Cuadro 5.30, Figura 4.20)

Frecuencia de consumo de alguna bebida alcohólica (AUDIT)

En la población adulta, el 64,9 % reportó no consumir bebidas alcohólicas, mientras que el 20,0 % indicó consumo una vez o menos al mes. Las frecuencias de consumo mensual más elevadas fueron menos frecuentes: el 7,9 % reportó consumir de dos a cuatro veces al mes, el 3,3 % de dos a tres veces al mes y el 3,9 % cuatro o más veces al mes.

Por grupo de edad, la proporción de personas que reportaron nunca consumir aumentó progresivamente con la edad, desde 52,3 % en el grupo de 20 a 39 años, a 71,4 % en el grupo de 40 a 54 años, alcanzando 85,7 % en las personas de 65 años o más. En contraste, el consumo una vez o menos al mes fue más frecuente en el grupo de 20 a 39 años (29,4 %) y disminuyó en los grupos de 40 a 54 años (13,6 %) y 65 años o más (8,7 %). (Cuadro 5.31)

Número de bebidas alcohólicas consumidas habitualmente en un día de consumo normal

Entre quienes reportaron consumo de alcohol, las categorías más frecuentes correspondieron a 1 a 2 bebidas (40,6 %) y 3 a 4 bebidas (37,3 %). El 15,6 % indicó consumir 5 a 6 bebidas, mientras que proporciones menores reportaron 7 a 9 bebidas (3,4 %) o 10 o más bebidas (3,0 %).

Según grupo etario, en las personas de 65 años o más predominó el consumo de 1 a 2 bebidas (76,3 %), mientras que en el grupo de 20 a 39 años fue más frecuente el reporte de 3 a 4 bebidas (42,3 %). (Cuadro 5.31)

Frecuencia de consumo de seis o más bebidas alcohólicas en un solo día

En el total de la población, el 57,5 % indicó nunca haber consumido seis o más bebidas alcohólicas en un solo día durante el último año. El 24,8 % lo reportó menos de una vez al mes, el 10,6 % mensualmente, el 6,9 % semanalmente y el 0,2 % a diario o casi a diario.

Este patrón fue más frecuente en el grupo de 20 a 39 años, donde el 54,3 % indicó nunca haber presentado este comportamiento, en comparación con el grupo de 40 a 54 años (59,6 %) y el de 65 años o más (78,0 %). (Cuadro 5.31)

Dificultad para detener el consumo una vez iniciado

El 7,6 % de la población reportó haber tenido dificultad para dejar de beber una vez iniciado el consumo al menos una vez durante el último año. Esta situación fue más frecuente en el grupo de 20 a 39 años (10,8 %), y menos común en los grupos de mayor edad. (Cuadro 5.31)

Impacto funcional asociado al consumo de alcohol

En relación con la incapacidad para cumplir con lo que se esperaba debido al consumo de alcohol, el 91,1 % indicó nunca haber experimentado esta situación en el último año. El 5,2 % la reportó mensualmente, el 3,3 % menos de una vez al mes, y proporciones menores la reportaron semanalmente (0,3 %) o a diario o casi a diario (0,2 %). Las categorías distintas de «nunca» se observaron con mayor frecuencia en el grupo de 20 a 39 años.

Asimismo, el 91,7 % de la población indicó nunca haber necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior, mientras que el 7,0 % lo reportó menos de una vez al mes, el 0,9 % mensualmente, el 0,3 % semanalmente y el 0,1 % a diario o casi a diario. (Cuadro 5.32)

Consecuencias emocionales y cognitivas del consumo

El 8,1 % de las personas encuestadas reportó haber experimentado sentimientos de culpa o remordimiento después de beber al menos una vez durante el último año. Por su parte, la dificultad para recordar lo sucedido la noche anterior tras haber bebido fue reportada por el 11,8 % de la población, siendo más frecuente en los grupos etarios más jóvenes. (Cuadro 5.31)

Heridas propias o a otras personas asociadas al consumo de alcohol

En el total de la población, el 1,1 % indicó haber sufrido heridas propias o haber causado lesiones a otra persona como consecuencia del consumo de alcohol durante el último año. Este evento fue poco frecuente y se observó principalmente en el grupo de 20 a 39 años. (Cuadro 5.31)

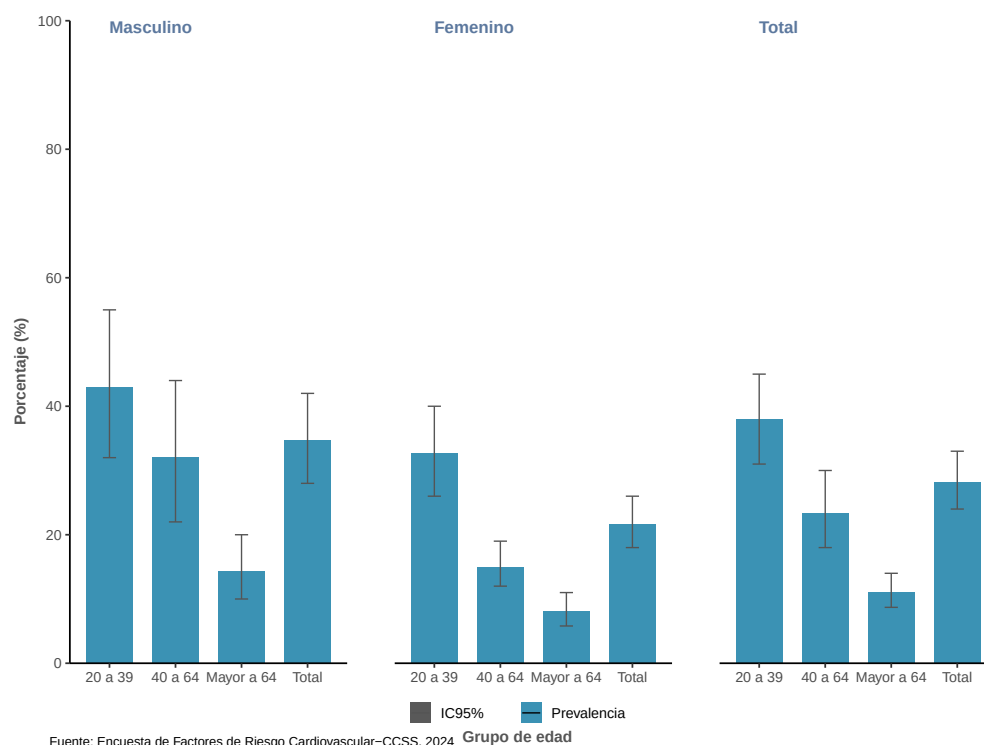


Figura 4.20: Distribución de consumo de alcohol de bajo riesgo en el último año según frecuencia de consumo por grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

4.7 Enfermedad Renal Crónica

En la población total analizada, la enfermedad renal crónica en estadio KDIGO de estadio mayor o igual a G3 presentó una prevalencia global del 7,5%, mientras que el 92,5% correspondió a personas con KDIGO de estadio menor a G3. Se observó un marcado gradiente por edad, con una prevalencia de KDIGO de estadio mayor o igual a G3 del 0,6% en el grupo de 20 a 39 años, que aumentó a 4,1% en el grupo de 40 a 54 años y alcanzó 26,1% en las personas de 65 años o más, evidenciando un incremento sustancial de la carga de ERC con el envejecimiento. De forma concordante, la proporción de KDIGO de estadio menor a G3 disminuyó progresivamente desde 99,4% en el grupo más joven hasta 73,9% en el grupo de mayor edad.

Al analizar los resultados por sexo, las mujeres presentaron una prevalencia global de KDIGO de estadio mayor o igual a G3 del 9,2%, superior a la observada en los hombres. En mujeres de 20 a 39 años, la prevalencia de KDIGO de estadio mayor o igual a G3 fue del 1,4%, incrementándose a 4,3% en el grupo de 40 a 54 años y alcanzando 30,5% en las de 65 años o más. En contraste, los hombres mostraron una prevalencia global de KDIGO de estadio mayor o igual a G3 del 5,6%, sin casos identificados en el grupo de 20 a 39 años, con un aumento a 3,8% en el grupo de 40 a 54 años y a 20,8% en los de 65 años o más.

En conjunto, los resultados evidenciaron un claro gradiente etario y diferencias por sexo, caracterizadas por una mayor prevalencia de ERC estadio KDIGO de estadio mayor o igual a G3 en mujeres y una menor proporción relativa en hombres, particularmente en edades avanzadas. (Cuadro 5.32, Figura 4.21)

Enfermedad Renal Crónica según tipo (Tradicional/No Tradicional)

La determinación de la enfermedad renal crónica (ERC) clasificada como tradicional y no tradicional no logró estimarse de manera confiable a partir de la encuesta analizada, debido a la muy baja prevalencia observada de los eventos de interés, particularmente en los estadios G3a o superiores. Esta situación generó estimaciones inestables, caracterizadas por errores estándar elevados y amplios intervalos de confianza, lo que limitó significativamente la precisión y la interpretabilidad de los resultados.

Asimismo, el diseño complejo de la encuesta, que incorporó factores de expansión, estratificación y conglomeración, incrementó la variabilidad de las estimaciones al analizar subgrupos específicos. La combinación de un número efectivo reducido de observaciones y una alta variabilidad muestral produjo coeficientes de variación elevados, superando los criterios habituales de aceptabilidad estadística. En consecuencia, se consideró metodológicamente apropiado no reportar estas estimaciones, a fin de preservar la validez y rigurosidad del análisis poblacional. (Cuadro 5.32)

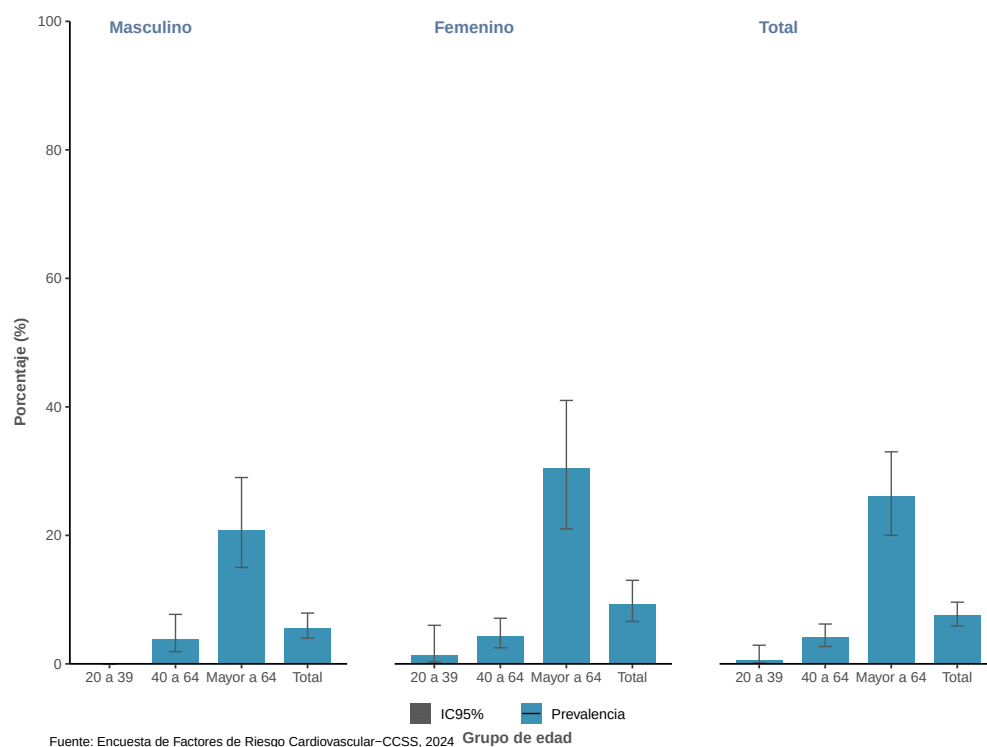


Figura 4.21: Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica estadio KDIGO G3 o superior según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

4.8 Fragilidad

En la población de 60 años y más, se identificaron cuatro categorías según el estado de fragilidad. La mayor proporción correspondió a personas clasificadas como robustas o no frágiles, que representaron el 50,4 % del total. La pre-fragilidad se presentó en el 31,3 % de las personas adultas mayores, mientras que la fragilidad alcanzó un 9,9 %. Finalmente, un 8,4 % de las personas no pudo ser clasificada, correspondiendo a la categoría «No calculable», que corresponde a la población de adultos mayores los cuales no refirieron el peso actual o el peso hace un año como parte de los parámetros para la clasificación.

Al desagregar por sexo, se observaron diferencias en la distribución de estas condiciones. Entre las mujeres adultas mayores, el grupo robusto representó el 45,1 %, la pre-fragilidad fue del 34,1 %, y la fragilidad alcanzó el 12,4 %. Además, el 8,3 % de las mujeres no fue clasificado. En el caso de los hombres, el porcentaje más alto se observó en la categoría de personas robustas, con un 56,3 % del total. La pre-fragilidad se presentó en el 28,2 %, mientras que el 7,1 % se clasificó como frágil. El 8,4 % restante correspondió a casos sin clasificación.

Estos resultados permiten caracterizar de manera más precisa el estado funcional de la población adulta mayor, diferenciando entre quienes mantienen condiciones físicas óptimas (robustos), quienes presentan un estado intermedio (pre-frágiles), y quienes se encuentran en condición de mayor vulnerabilidad (frágiles). (Cuadro 5.33, Figura 4.22)

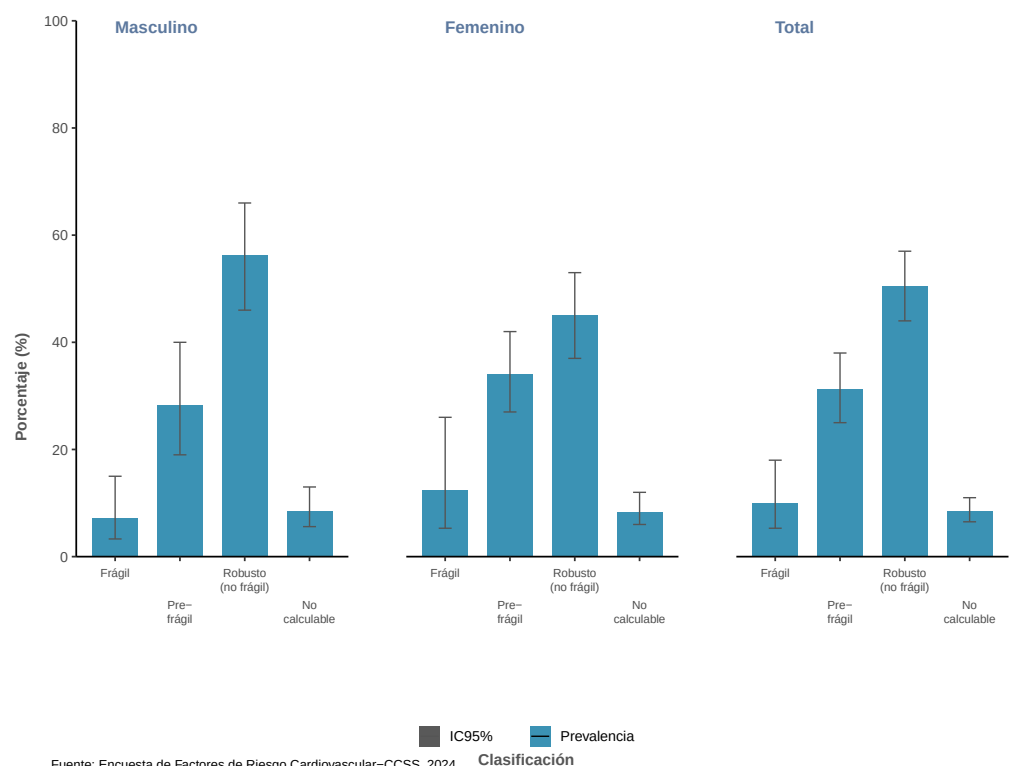


Figura 4.22: Distribución Poblacional según clasificación de Fragilidad según sexo en población de 65 años y más, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

CAPÍTULO

Anexos

Anexo 1. Unidades primarias de muestreo y Unidades secundarias de muestreo

Cuadro 5.1: Probabilidad de selección por Unidad Programática y sector de las Unidades Primarias y Unidades Secundarias de Muestreo. Costa Rica.

Unidad Programática	Nombre del Sector	Probabilidad de UPM	Probabilidad de USM
221001	Arancibia	0.07	1.00
221006	San Pedro Este	0.94	0.94
221007	Arancibia	0.94	1.00
221007	San Pedro Oeste	0.94	1.00
221014	Mercedes	0.20	1.00
221106	Calle Blancos 1	0.42	0.61
221107	Calle Blancos 2	0.42	0.77
221110	Las Lomas	0.09	1.00
221202	Américas 1	0.30	0.72
221208	Américas 2	0.30	0.64
221301	Merced 1	0.49	1.00
221302	Central A	0.49	0.82
221302	Central C	0.49	0.82
221302	Clorito Picado B	0.49	0.82
221302	El Mora	0.49	0.82
221302	Merced 2	0.49	0.82
221302	Tayutic	0.49	0.82
221432	Mercedes Norte Carbonal	0.66	0.34
221436	Mercedes Sur Cubujuqui	0.66	0.44
221437	Imas Ulloa	0.19	1.00
221509	Central	0.76	0.31
221511	Isla	0.76	0.44
221513	Rosas	0.69	0.37
221514	Irazú	0.69	0.36
221603	San Isidro	0.38	0.43
221609	Brasil	0.48	0.42
221614	Itiquis Este	0.48	0.63
221617	Canoas B	0.48	0.43
221709	San Antonio Centro	0.53	1.00
221710	San Antonio Norte	0.53	0.52

Cuadro 5.1: Probabilidad de selección por Unidad Programática y sector de las Unidades Primarias y Unidades Secundarias de Muestreo. Costa Rica. *(continuación)*

Unidad Programática	Nombre del Sector	Probabilidad de UPM	Probabilidad de USM
221714	Ipis- Rodrigo Facio	0.69	0.33
221714	Orquideas	0.69	0.33
221902	San Juan 2	0.83	0.48
221908	San Juan 4	0.83	0.50
221913	San Vicente 2	0.26	0.91
221916	San Vicente 1	0.26	1.00
223006	San Pablo Centro	0.63	1.00
223105	Santo Tomás	0.24	1.00
223201	San Rafael 1	0.33	0.98
223202	San Rafael 2	0.33	1.00
223304	San Antonio	0.25	1.00
223501	Naranjo Centro	0.52	1.00
223601	Los Ángeles	0.19	1.00
223602	Santa Gertrudis	0.21	1.00
223615	San Juan	0.19	0.84
223702	Jardines de Cascajal	0.25	0.63
223702	San Marin	0.25	0.63
223702	San Rafael	0.25	0.63
223702	Sector San Rafael	0.25	0.63
223716	Alfaro - Musas - San Pedro	0.25	0.68
223718	Sector Trapiches (Piedades Norte)	0.29	1.00
225201	Palmares Centro	0.12	1.00
227309	San Francisco	0.16	1.00
227401	Guararí	0.88	0.93
227402	Lagos	0.88	0.43
227603	San Rafael Este	0.71	0.42
227610	San Antonio del Tejar	0.64	0.62
227612	Ciruelas	0.29	0.56
227706	Tambor	0.98	1.00
227715	Carrillos Alto	0.98	0.30

Cuadro 5.1: Probabilidad de selección por Unidad Programática y sector de las Unidades Primarias y Unidades Secundarias de Muestreo. Costa Rica. *(continuación)*

Unidad Programática	Nombre del Sector	Probabilidad de UPM	Probabilidad de USM
227801	Centro Este	0.19	1.00
227803	Jesús	0.33	1.00
227808	Centro Oeste	0.19	0.97
228109	Corazon de Jesus	0.59	0.28
228119	Montecillos 2	0.59	0.28
231113	Barrio Cuba A	0.75	0.29
231116	Almendarez	0.75	0.31
231224	Hatillo 8 B	1.00	0.22
231406	Catedral 1 San Cayetano	0.47	0.81
231406	Catedral 3 Barrio Lujan	0.47	0.81
231501	Desamparados Centro 1	0.82	0.73
231506	Monte Claro 6	0.82	0.26
231509	Gravilias 1	0.39	0.57
231511	Gravilias 3	0.39	0.61
231703	San Rafael Arriba 3	0.38	0.45
231705	San Miguel 1	0.80	0.37
231710	San Rafael Arriba 1	0.38	0.62
231717	San Miguel 4	0.80	0.37
231801	El Faro	0.78	0.25
231801	Villa Esperanza 2	0.78	0.25
231804	El Bosque	0.78	0.36
233109	San Antonio Picagres Piedras Negras	0.14	1.00
233201 y 233214	La Joya	0.64	0.67
233203	La Estación	0.65	0.69
233206	Llanos de Santa Lucía Este	0.54	0.52
233213	Campo Ayala	0.54	0.54
233603	San Josecito Sur	0.27	0.79
233605	Concepcion Arriba1	0.45	0.68
233615	San Josecito Norte	0.45	1.00
233908	Patarrá	0.25	0.77

Cuadro 5.1: Probabilidad de selección por Unidad Programática y sector de las Unidades Primarias y Unidades Secundarias de Muestreo. Costa Rica. *(continuación)*

Unidad Programática	Nombre del Sector	Probabilidad de UPM	Probabilidad de USM
233909	Guatuso	0.25	0.71
234202	Carmen 2	0.42	0.81
234209	Oriente 1	0.28	0.47
234210	Oriente 2	0.28	0.84
234226	San Blas2	0.42	0.40
234501	San Miguel 1	0.30	0.45
234508	Guachipelin 1	0.64	0.55
234508	Nances	0.64	0.55
234509	Anonos	0.64	0.56
234511	Escazu	0.30	0.85
235101	La Julieta	0.61	0.42
235102	Los Angeles	0.61	0.71
235204	San Marcos A	0.32	1.00
235208	San Marcos B	0.32	0.97
235612	Granadilla Oeste	0.36	0.98
235613	Granadilla Este	0.36	1.00
235809	San Diego Central	0.52	0.65
235810	San Diego Oeste	0.52	0.46
238202	Guayabo	0.16	1.00
238202	Naranjito	0.16	1.00
238704	Brasil	0.09	1.00
238705	Pozos	0.58	1.00
239206	Tejar Occidental	0.56	0.63
239207	Tejar Barrio Nuevo	0.56	0.67
239506	Cot Norte	0.32	0.92
239507	Cot Sur	0.32	1.00
239509	Pacayas Este	0.72	0.98
239510	Mastate	0.72	1.00
239510	Pacayas Oeste	0.72	1.00
239510	Santa Rita	0.72	1.00

Cuadro 5.1: Probabilidad de selección por Unidad Programática y sector de las Unidades Primarias y Unidades Secundarias de Muestreo. Costa Rica. *(continuación)*

Unidad Programática	Nombre del Sector	Probabilidad de UPM	Probabilidad de USM
247104	Fortuna Oeste	0.39	0.65
247106	Fortuna Norte	0.39	0.59
247201	Santa Rosa	0.52	0.85
247208	Pocosol 2	0.52	0.38
247301	Aguas Zarcas 1	0.51	0.19
247305	San Miguel	0.51	0.16
247401	Puerto Viejo 1	0.79	0.82
247402	La Virgen 2	0.42	0.50
247403	La Guaria 1	0.79	0.34
247408	El Roble	0.42	0.65
248305	Concepción	0.96	0.38
248306	Cedral	0.96	0.39
253103	Santa Cecilia	0.77	0.65
253104	Corobicí	0.77	0.65
253110	Ventisiete de Abril	0.25	1.00
253404	Moracia	0.63	1.00
253410	Pueblo Nuevo	0.63	1.00
253605	San Jose	0.22	0.98
253607	Mexico	0.22	0.34
255209	Santa Marta	0.11	1.00
255702	Bagaces 2	0.06	1.00
255703	Guayabo	0.06	1.00
256005	Sardinal 1	0.41	0.74
256009	Sardinal 3	0.41	0.57
256404	Bocana	0.05	1.00
256404	San Antonio	0.05	1.00
257501	Cóbano Centro	0.28	1.00
257502	Costa	0.28	0.51
259009	Robledal	0.24	0.74
259013	Yireth	0.24	0.48

Cuadro 5.1: Probabilidad de selección por Unidad Programática y sector de las Unidades Primarias y Unidades Secundarias de Muestreo. Costa Rica. *(continuación)*

Unidad Programática	Nombre del Sector	Probabilidad de UPM	Probabilidad de USM
259401	La Esperanza	0.53	0.50
259403	Quepos Rural	0.53	0.66
263107	Invu	0.94	0.33
263113	Monteverde	0.29	0.47
263114	Cimarrones	0.29	0.79
263119	Central	0.94	0.35
263204-263214-263000	Corales 1, 2 Y 3	1.00	0.76
263206	Cristobal Colon 1	1.00	0.27
263208	Liverpool	0.19	1.00
263221	Limon 2000	0.19	0.80
263401	La Emilia	0.82	0.47
263403	Central 1	0.82	0.46
263404	Rita 1	0.21	1.00
263413	Rita 2	0.21	1.00
265001	Cuajiniquil	0.63	1.00
265001	Guardia	0.63	1.00
265001	Horquetas	0.63	1.00
265001	Jobo	0.63	1.00
265101	Fortuna 1	0.43	0.64
265103	Penshurt	0.43	0.62
265403	Bataan 1	0.53	0.36
265404	28 Millas	0.53	0.33
265501	Guacimo	0.47	1.00
268002	De Amubre	0.21	0.81
268012	Katsi	0.21	0.33
273207	Calle Alvarado	0.04	1.00
273207	Changuena	0.04	1.00
273207	Las Orquídeas	0.04	1.00
273207	Rita 1	0.04	1.00

Cuadro 5.1: Probabilidad de selección por Unidad Programática y sector de las Unidades Primarias y Unidades Secundarias de Muestreo. Costa Rica. *(continuación)*

Unidad Programática	Nombre del Sector	Probabilidad de UPM	Probabilidad de USM
273207	Rita 2	0.04	1.00
275801	Corredor Centro- Corredor Norte- Corredor Sur	0.39	0.69
275805	Colorado- Paso Canoas	0.39	0.60
275901	Ciudad Cortes	0.26	1.00
276010	De San Pedro	0.27	1.00
276011	Cajón A	0.26	0.86
276013	De San Rafael De Platanares	0.22	1.00
276017	Cajón B	0.26	1.00
276018	Daniel Flores A	1.00	1.00
276019	Daniel Flores B	1.00	0.68
276024	De San Isidro A (No Oficializado)	1.00	1.00
276026	De San Isidro C (No Oficializado)	1.00	0.34
276201	San Vito Centro	0.30	1.00
276202	Periferia 1	0.30	0.68

Anexo 2: Técnicas de las mediciones antropométricas

El método seguido por los ATAPS para la toma de medidas antropométricas

La obesidad y el sobrepeso son considerados problemas de salud pública, ya que constituyen uno de los factores de riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular más importantes, que han venido en aumento en los últimos años en los países subdesarrollados. Con la medición del peso, la talla y la circunferencia abdominal, es posible valorar la situación de la población encuestada en relación con estos dos factores. De ahí la importancia de seguir rigurosamente las indicaciones dadas en este instructivo, para obtener precisión en las mediciones y obtener datos de calidad.

La medición del peso, la talla y la circunferencia abdominal, de la persona seleccionada, se deberá realizar al final de la entrevista.

El peso, la talla y la circunferencia abdominal de cada persona se tomará y registrará en dos ocasiones, las cuales no deben ser consecutivas, por tanto la primera vez tome el peso, la talla y la circunferencia abdominal y anótelos en el número uno correspondiente a cada medida, luego realice la segunda medición y anótelos en el número dos correspondiente.

Si se evidencia diferencia de 0,5 cm entre la primera y la segunda medida de la talla y la circunferencia abdominal o de 0,5 kg del peso, se debe tomar una tercera medida y anotarlo en el lugar correspondiente.

En personas de 65 años o más, o de menor edad pero que no pueden mantenerse de pie, no se realizará dicha determinación.

Para realizar las mediciones aplique la técnica correcta como se indica a continuación:

Técnica para la toma de peso, talla y circunferencia abdominal

Medición de peso:

Equipo: Balanza electrónica portátil o balanza del Área de Salud. Escala de 0,5 kg y capacidad de 140 kg. Colocación de la balanza: Debe colocarse sobre una superficie plana, sin desnivel, que permita calibrarla adecuadamente por el establecimiento de salud.

Técnica: Revisar siempre que la balanza marque cero y esté en kilogramos, antes de colocar a la persona, realizando el siguiente procedimiento:

- a. La persona debe estar sin zapatos y con la mínima cantidad de ropa posible.

-
- b. Para facilitar la colocación de la persona, dibujar en una hoja de papel las huellas de los pies en la posición correcta y pegarlas en el centro de la plataforma de la balanza.
 - c. Colocar a la persona de pie en el centro de la plataforma sobre las huellas dibujadas, con los tobillos juntos y los brazos a lo largo del cuerpo, frente a la persona que lo está pesando.
 - d. Leer el peso en voz alta y anotarlo inmediatamente en kilogramos con un decimal.

Medición de la talla (estatura en domicilio)

Instalación del tallímetro:

Material necesario:

- Tallímetro (cinta métrica inextensible con platina).
- Plomada (cuerda de aproximadamente 2 metros, unida a una arandela o anillo).
- Cinta adhesiva transparente.
- Escuadra o cartabón (guía provista de un ángulo recto y una base de 8 cm de ancho).
- Regla transparente.

Procedimiento:

1. Buscar una pared lisa sin rodapié. Si no existe se puede utilizar una puerta lisa en buen estado y con muy poca abertura entre ésta y el piso, o un armario sin patas.
2. La pared debe formar un ángulo recto (90°) con el piso. Para encontrar ese lugar se debe utilizar la escuadra o el cartabón.
3. Colocar la plomada en la pared sujetándola con cinta adhesiva o chinchas. La arandela debe quedar suspendida a una altura de 2 cm del piso.
4. Colocar el tallímetro a una distancia de 3 cm, paralelo al hilo de la plomada.
5. Pegar el tallímetro de abajo hacia arriba, asegurándose que la platina quede a ras del piso y sujetándola con suficiente cinta adhesiva, tanto al piso como a la pared. Además la cinta debe quedar bien estirada y sin pliegues.
6. Asegurar siempre que la distancia entre el tallímetro y la cuerda de la plomada sea la misma.
7. Verificar que la cinta esté bien adherida a la pared. Utilizar tanta cinta adhesiva como considere necesario.

-
8. Desprender la plomada, una vez que el tallímetro está correctamente instalado.

Técnica para la toma de talla:

1. Colocar a la persona de pie y de espalda al tallímetro.
2. La persona debe estar sin zapatos y sin ningún adorno en la cabeza que interfiera con la medición (colas, moños, gorras, prensas).
3. Para facilitar la colocación de la persona, dibujar en una hoja de papel las huellas de los pies en la posición correcta y pegarlas a la base del tallímetro.
4. Colocar a la persona de espaldas contra la pared. El tallímetro debe quedar en el centro de la espalda y de la cabeza (a lo largo de la columna vertebral).
5. Los pies deben estar juntos; los talones, pantorrillas, glúteos, hombros y cabeza deben estar tocando la pared. Además, debe tener los brazos colocados a lo largo del cuerpo (a los lados).
6. Pedir a la persona que mire hacia el frente.
7. Para mayor seguridad coloque su mano izquierda en la barbilla de la persona. Sin soltar la barbilla, apoyar uno de los lados de la escuadra o cartabón 5 cm arriba de la cabeza de la persona (en el centro del tallímetro) y bajarlo gradualmente hasta tocar la cabeza formando un ángulo recto. Si tiene mucho cabello, presione cuidando de no lastimarla.
8. Cuidando que la escuadra o cartabón no se mueva, aparte ligeramente la cabeza de la persona para proceder a hacer la lectura.
9. Mantenga firme la escuadra o cartabón sobre el tallímetro al hacer la medición de la talla. Lea la talla señalada en voz alta y anótela inmediatamente, en centímetros con un decimal.

Medición de la circunferencia abdominal

Equipo:

- Cinta métrica flexible estándar no elástica.
- Exactitud 0,1 cm.

Técnica para la Toma de la Circunferencia Abdominal:

1. La persona debe encontrarse con una vestimenta ligera, de manera que no interfiera con la medición.

-
2. La persona se coloca de pie, con los pies juntos, con ambos talones haciendo contacto, el tercio externo de los pies haciendo ángulo de 60 grados y el peso distribuido igualmente en las dos piernas; los brazos colgando libremente a los lados del cuerpo, las palmas de las manos hacia adentro, el abdomen relajado y descubierto.
 3. Pararse frente a la persona para identificar la parte más prominente de la pared abdominal (usualmente pero no siempre a nivel del ombligo); pídale que levante los brazos hacia los lados, para permitir colocar la cinta métrica sin dificultad.
 4. Coloque la cinta sobre la piel en un plano horizontal alrededor de la circunferencia más grande (usualmente pero no siempre a nivel del ombligo). Solicítele que con sus dedos índices sostenga la cinta métrica mientras usted la coloca.
 5. Antes de hacer la lectura, pase alrededor de la persona, asegurándose que la cinta métrica esté en la posición correcta (plano horizontal).
 6. Pídale a la persona que vuelva a la posición inicial y ajuste la cinta sobre la piel, pero evite comprimir demasiado los tejidos blandos (la piel).
 7. Haga la lectura en la región dorsal derecha y al final de una expiración normal.
 8. Realizar la lectura en voz alta y anotarla inmediatamente en el formulario, con 3 enteros y un decimal.
 9. Repita el procedimiento una vez más, si la diferencia entre las dos medidas es mayor de 0,5 cm, haga una tercera medición.

Anexo 3: Toma de la presión arterial (PA)

La presión arterial se tomó al final de la entrevista y por tres veces, realizando el siguiente procedimiento:

1. Asegurándose de que la persona presentara condiciones adecuadas, para lo cual se le realizaron al entrevistado las preguntas 1, 2 y 3 de la sección «Medición de la presión arterial».
2. A todas las personas se les midió la presión arterial en posición sentado.
3. La persona debió permanecer sentada por cinco minutos o más, los pies en el suelo, la espalda apoyada en el respaldo de la silla y el brazo apoyado, descubierto y a nivel del corazón. En lo posible, tanto el entrevistador como el entrevistado debieron colocarse en un lugar aislado de ruidos y con una temperatura confortable. Se verificó que la persona reuniera los siguientes requisitos:
 - a. Tener la vejiga vacía.
 - b. No haber fumado, tomado café, alcohol o alimentos, durante los últimos 30 minutos.
 - c. No haber realizado ejercicio fuerte durante las últimas dos horas.
 - d. No haber usado o consumido estimulantes adrenérgicos (descongestionantes nasales, dilatación de pupila) desde que se levantó.
 - Se le explicó al entrevistado en qué consistía el procedimiento para realizar las mediciones del pulso y la presión arterial, de acuerdo con lo indicado en el formulario.
 - Si el entrevistado estaba en condiciones adecuadas, se continuó con el procedimiento indicado para la medición de pulso y se anotó inmediatamente. De lo contrario, se coordinó una nueva visita para la toma de la presión arterial.
 - Seguidamente se tomó la presión arterial según la técnica descrita en este instructivo, en ambos brazos, y se anotó en el lugar correspondiente del formulario.
 - Se anotó la hora en que se realizaron las mediciones en el espacio correspondiente.
 - Si por alguna razón no se pudo tomar las mediciones, se explicó la razón en el espacio de observaciones; en este espacio anotó cualquier otra información considerada de importancia.

El ATAP siguió la siguiente técnica para la toma de PA:

-
- a. La persona debe estar en camisa o blusa sin mangas, de lo contrario solicite que se descubra el brazo sin generar compresiones. Se pueden encontrar presiones falsamente bajas cuando la ropa queda muy ajustada alrededor del brazo. Si decide remangar la camisa o blusa, asegúrese que la bocamanga no haga presión sobre los tejidos blandos del brazo y que no estorbe para colocar el brazalete, de lo contrario, pídale que se cambie la camisa o blusa.
 - b. La persona debe estar cómodamente sentada en una silla, con respaldo y con la espalda recta.
 - c. La medición se realizará en el brazo izquierdo, el cual debe estar relajado, algo separado del cuerpo y con la mitad a la altura del corazón. La posición del brazo debe permitir colocar el brazalete sin dificultad.
 - d. El antebrazo debe estar semiflexionado, con la palma de la mano hacia arriba, recostado sobre una mesa o soporte (una almohada, un libro u otro) que ayude a mantener la posición relajada del brazo y la altura adecuada.
 - e. Si no hay mesa en la cual la persona pueda apoyar el brazo, sosténgale el brazo colocando su mano debajo del antebrazo y dígale que lo deje caer sobre su mano. El cuerpo no debe hacer fuerza o peso sobre el brazo o comprimir el brazalete. Evite dejar colgando el brazo del lado del cuerpo, esto eleva hasta 10 mmHg la presión.
 - f. Se ajustó el brazalete alrededor de la parte superior del brazo, quedando a 2 cm por arriba del pliegue del codo y conservando el mismo plano horizontal en todo el rededor del brazo. El brazalete debe quedar ajustado, no apretado, pero tampoco flojo. Si el brazalete queda flojo, las lecturas de presión serán falsamente altas. Revise que no haya quedado ropa debajo del brazalete. La salida del tubo que conecta el brazalete al aparato de presión debe quedar sobre la arteria braquial.
 - g. El brazalete debe cubrir el 80 % de la circunferencia del brazo y 2/3 del largo. Si no es así, use un brazalete más grande.
 - h. Nuevamente asegúrese que el paciente esté relajado, cómodamente sentado, en la posición correcta y sin hablar.
 - i. Estime cinco minutos para hacer la primera toma de presión arterial. La persona debe permanecer en silencio durante esta medición.
 - j. En caso de contar con esfigmomanómetro automatizado, presione el botón rojo (ON/OFF). Presione el botón START y el brazalete empezará a inflarse. Al llegar a la presión máxima determinada, el brazalete se empieza a desinflar automáticamente. Cuando la medida termine se visualizará la presión sistólica y diastólica y el pulso.

-
- k. Registre los valores de presión en el correspondiente formulario. No quite el brazalete entre cada medida.
 - l. Al final de cada toma explique a la persona que será necesario hacer otra más, según el caso. Deberá completar tres mediciones con intervalos de 3 a 5 minutos entre cada una. Registre las medidas respectivas en las columnas del formulario.
 - m. Completada la segunda toma revise los resultados; de haber algún valor fuera de rango (mayor a 5 mmHg entre las dos primeras determinaciones) o que parezca sospechoso, haga una tercera toma, para la cual debe esperar como mínimo entre 3 y 5 minutos. Escriba el resultado en observaciones.
 - n. Informe y explique los resultados a la persona, una vez que concluya las mediciones.

Anexo 4. Estimación de factores de expansión

Para la estimación de los factores de expansión se tomó como referencia la proyección de poblacional oficial según grupo de edad y sexo, del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), para el año 2024 para Costa Rica, con la siguiente distribución:

Cuadro 5.2: Proyección poblacional según grupos de edad y sexo. Costa Rica, 2024.

Grupos de Edad	Hombres	Mujeres	Total
20-39	883552	840489	1724041
40-64	771071	783621	1554692
65 y más	259618	292739	552357

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2024

La muestra total obtenida de los encuestados se distribuyó según los mismos grupos de edad y sexo, como se muestra a continuación:

Cuadro 5.3: Número de personas efectivamente encuestadas según grupo de edad y sexo. Costa Rica, 2024.

Grupos de Edad	Hombres	Mujeres	Total
20-39	347	716	1063
40-64	585	1258	1843
65 y más	710	1022	1732

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular, CCSS, 2024.

Los factores de expansión fueron calculados tomando en consideración:

- Probabilidad de selección de la unidad primaria de muestreo y la probabilidad de selección de la unidad secundaria de muestreo (Anexo 1).
- Se estimó la probabilidad de no respuesta para la encuesta y para la realización de la muestra de laboratorio. Los análisis de los aspectos relacionados con la encuesta fueron estimados utilizando el factor de expansión de esta y los datos asociados con el factor de expansión del laboratorio. Los valores de las probabilidades de no respuesta se muestran a continuación:
- Ajuste poblacional obtenido según la distribución de edad y sexo de la muestra obtenida en relación con la población proyectada para el año 2018. El ajuste para el factor de expansión poblacional se estimó obteniendo la muestra ajustada por los factores de expansión, en relación

con la proyección poblacional descrita para el año 2018, obteniendo los factores de expansión como se muestran a continuación:

- d. Estimación general de ponderadores, que corresponde al producto del inverso de la probabilidad de inclusión de la unidad primaria del muestreo, del inverso de la probabilidad de inclusión como unidad secundaria de muestreo, del inverso de la probabilidad de no respuesta y del inverso de la probabilidad de selección poblacional, estimados para cada grupo de edad y sexo.

Anexo 5: Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

El Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés: Alcohol Use Disorders Identification Test) es un instrumento validado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la detección temprana de patrones de consumo de alcohol considerados de riesgo, nocivos o compatibles con dependencia. Este cuestionario es ampliamente utilizado tanto en contextos clínicos como en estudios de salud pública, por su sensibilidad y brevedad.

El AUDIT está compuesto por 10 ítems, que permiten explorar tres dominios fundamentales:

1. Consumo de alcohol (frecuencia y cantidad).
2. Síntomas de dependencia (pérdida de control, necesidad de beber por la mañana, etc.).
3. Consecuencias del consumo (sociales, emocionales, cognitivas y físicas).

En esta encuesta se seleccionaron y adaptaron los ítems más relevantes del cuestionario para estimar el patrón de consumo de alcohol durante el último año, considerando tanto la frecuencia como la intensidad del consumo y sus posibles efectos adversos. Los ítems aplicados incluyeron:

- Frecuencia de consumo general de bebidas alcohólicas.
- Cantidad de bebidas consumidas en un día típico de consumo.
- Frecuencia de consumo intensivo (definido como seis o más tragos en una sola ocasión).
- Incapacidad para detener el consumo una vez iniciado.
- Necesidad de beber alcohol al levantarse para comenzar el día.
- Sensación de culpa o remordimiento después de beber.
- Dificultad para recordar lo que ocurrió durante o después del consumo.
- Lesiones autoinfligidas o a terceros asociadas al consumo de alcohol.
- Preocupación de familiares, amistades o profesionales de salud respecto al consumo.

Cada ítem se codificó según las recomendaciones del instrumento original, permitiendo generar puntuaciones parciales y globales. Aunque el AUDIT completo tiene una puntuación máxima de 40 puntos, en esta encuesta se utilizó principalmente como herramienta descriptiva, enfocándose en identificar prevalencias de conductas específicas relacionadas con el consumo de alcohol y sus consecuencias, sin realizar un diagnóstico clínico.

Los resultados se presentan estratificados por grupo de edad, con el fin de identificar diferencias etarias en los patrones y consecuencias del consumo (6).

Anexo 6: Escala FRAIL

La escala FRAIL es un instrumento validado y de fácil aplicación que permite identificar de manera breve el grado de fragilidad en personas adultas mayores. Evalúa cinco dominios clave que se relacionan con el síndrome de fragilidad: fatiga, resistencia, ambulación, presencia de enfermedades crónicas y pérdida de peso involuntaria. Cada uno de estos dominios se puntúa con 0 o 1 punto, dependiendo de la presencia o ausencia del criterio correspondiente, obteniéndose un puntaje total entre 0 y 5.

En esta encuesta se utilizaron los siguientes ítems para estimar la fragilidad según la escala FRAIL:

Fatiga: Se preguntó «¿Qué tanto tiempo se sintió cansado en las últimas cuatro semanas?». Las respuestas fueron recodificadas otorgando un punto a quienes respondieron «todo el tiempo» o «la mayor parte del tiempo», y cero puntos al resto.

Resistencia: Se evaluó si la persona presentaba dificultad para subir una escalera de diez escalones sin usar ningún auxiliar como bastón o andadera. Se asignó un punto si se reportó dificultad.

Ambulación: Se indagó sobre la capacidad para caminar 100 metros (aproximadamente dos cuadras) sin detenerse y sin asistencia. La dificultad para realizar esta tarea se calificó con un punto.

Comorbilidades: Se consultó si un médico le había indicado que tenía alguna de 11 enfermedades crónicas predefinidas (hipertensión arterial, diabetes, cáncer no cutáneo, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva, asma, artritis –incluyendo osteoartritis y artritis reumatoide–, enfermedad vascular cerebral y enfermedad renal crónica). Si la persona reportó cinco o más de estas condiciones, se le asignó un punto; en caso contrario, cero.

Pérdida de peso: Se comparó el peso actual (sin ropa y sin zapatos) con el peso de hace un año (con ropa y sin zapatos). Se calculó el porcentaje de cambio, y si la pérdida fue igual o superior al 5 %, se otorgó un punto. Para simplificación operacional, también se consideró como equivalente haber perdido más de tres kilogramos en el último año.

La suma de los cinco componentes permitió clasificar a la persona como:

No frágil: 0 puntos

Pre-frágil: 1 a 2 puntos

Frágil: 3 a 5 puntos

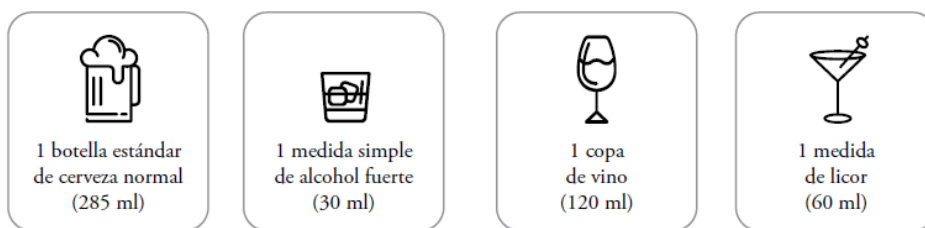
Esta clasificación proporciona una medida objetiva y fácilmente interpretable del riesgo de fragilidad, útil para el análisis del estado funcional de la población adulta mayor (7).

Anexo 7: Cartilla para nivel de actividad física, consumo de frutas, verduras y consumo de bebidas alcohólicas

Productos de tabaco	Sal en Dieta	Comida procesada alta en sal	Trabajo Intenso	Trabajo Moderado	Actividad física Intensa	Actividad física Moderada
						
Cigarrillos	Sal de Mesa	Pizza	Construcción	Labores del hogar	Jugar Futbol	Caminar
						
Puros	Cubitos de condimento	Hamburguesas y papas fritas	Mezclar cemento	Limpiar	Zumba	Aeróbicos
						
Vapear	Salsa de Soja o china	Sopas preparadas	Aserrar	Cuidado de animales	Correr	Andar a caballo
PORCIONES						
Fruta (1 porción)						
	Banano mediano (1)	Manzana mediana (1)	Jugo de Frutas (½ taza)		Fruta en conserva (½ taza)	
Verdura (1 porción)						
	½ Taza	½ Taza	½ Taza	½ Taza	No considerar como verdura	
Bebida alcohólica estándar						
	1 cerveza (285 ml)	1 copa de Vino (120 ml)	1 trago de licor (30 ml)		1 medida de coctel (60 ml)	

Figura 5.1: Cartilla de productos, actividades y porciones 1

Nos referimos a cualquier bebida que contenga etanol



Adaptado del instrumento STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Figura 5.2: Cartilla para el consumo de alcohol 2

Se considera verdura	1 porción	Ejemplos	
Verduras de hojas verdes cruda	1 taza	Espinaca, lechuga, etc.	
Otras verduras, cocinadas o cortadas crudas	½ taza	Tomate, zanahoria, calabaza, maíz, repollo chino, etc.	
Se considera fruta	1 porción	Ejemplos	
Manzana, banano, naranja	1 pieza mediana		
Frutas cocinadas, cortadas, conserva	½ taza	Frutas en conserva	
Zumo de frutas	½ taza	Zumo de frutas naturales sin aditivos	

Adaptado del instrumento STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Figura 5.3: Cartilla para medir ingesta de frutas y verduras 3

En el trabajo	En el trabajo	En el tiempo libre	En el tiempo libre
Actividad de intensidad Moderada	Actividades Intensas	Actividades de intensidad Moderada	Actividades Intensas
<i>Ejemplos:</i> Limpieza (pasar la aspiradora, la mopa, limpiar el polvo, fregar, apluchar) Lavar ropa Cuidar el jardín Ordeñar las vacas Sembrar y cosechar Cavar suelo seco Tablar madera Tejer Trabajar la madera Mezclar cemento Extraer agua	<i>Ejemplos:</i> Silvicultura (cortar o transportar leña) Tallar madera dura Arar Cosechar cultivos Moler Trabajar en la construcción Cargar muebles Dar clases de spinning Dar clases de deportes aeróbicos Clasificar paquetes postales Conducir cochecito tirado por bicicleta	<i>Ejemplos:</i> Montar en bicicleta Hacer Jogging Bailar Montar a caballo Tai Chi Yoga Pilates Aeróbicos lentos	<i>Ejemplos:</i> Fútbol Rugby Tenis Aeróbicos Ballet Natación

Adaptado del instrumento STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Figura 5.4: Cartilla para medir actividad física 4

Anexo 8: Tabla de referencia para clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)

Clasificación	Índice de masa corporal (kg/m ²)
Bajo peso	< 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad	≥30,0

Fuente: Adaptado de WHO 1995, WHO 2000 y WHO 2004.

Figura 5.5: Cartilla para clasificar IMC

Anexo 9. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VIGILANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENFERMEDADES CRÓNICAS. CUARTA ENCUESTA, 2023

Investigador Principal: ROY WONG MCCLURE

Subinvestigadores: Karol Dayanna Castillo Peña, Sofía Muñoz Quirós, Melissa Cruz Rivas, Alice Bonilla Vargas

Centro Asistencial y Servicio: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Sub Área de Vigilancia Epidemiológica

Teléfono Disponible 24 horas Correo Electrónico: Dr. Roy Wong McClure Tel. 892073886, Correo: rwong@ccss.sa.cr

Para conocer la situación de salud de la población, con respecto a problemas de azúcar en la sangre, enfermedades del corazón, presión alta y factores de riesgo, se establece este estudio que permitirá orientar los programas de prevención y promoción de la salud y el mejoramiento de los servicios que se brindan a la población.

Esta encuesta la realiza la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para cualquier consulta contactar a la Subárea de Análisis y Vigilancia Epidemiológica de la Caja Costarricense de Seguro Social al teléfono 892073886 con el Dr. Roy Wong McClure correo electrónico rwong@ccss.sa.cr o la Dra. Alice Bonilla Vargas abonillv@ccss.sa.cr, funcionarios que coordinan el proceso en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 3:00 pm.

La vigilancia de factores de riesgo requiere de personas que tengan una edad mayor de 19 años y que para esto han sido seleccionadas aproximadamente 4000 personas de las cuales usted ha sido una de ellas, razón por la que estamos solicitando su valiosa participación. Si usted acepta participar en este estudio, tendrá que responder unas preguntas durante aproximadamente 35 minutos que le hará un encuestador debidamente identificado, sobre su salud y algunos hábitos de alimentación, actividad física y consumo de tabaco y alcohol; además se le medirá el peso y la talla, se le tomará la presión arterial y se le medirá la cintura, para lo cual se descubrirá la circunferencia abdominal bajo las condiciones de privacidad en su hogar.

También, si está de acuerdo, se tomarán los resultados de muestras de sangre que se encuentran en su expediente de salud del EBAIS o Clínica, o se le brindará una cita para tomar una muestra de sangre con 14 horas de ayuno por personal calificado de

Figura 5.6: Consentimiento Informado - Parte 1

laboratorio. Con estas muestras se le harán los siguientes exámenes: glucemia (azúcar en la sangre) para detectar diabetes, perfil lipídico (colesterol, triglicéridos y colesterol-HDL), creatinina y en caso de ser diabético se incluye además de las anteriores pruebas la hemoglobina glicada, todas con el objetivo de detectar riesgo de enfermedades cardiovasculares. Los riesgos que puede sufrir en la toma del examen de sangre son mínimos, como dolor en el área de toma de muestra, enrojecimiento temporal o presencia de pequeños hematomas.

Como resultado de su participación en esta encuesta contará con el beneficio de que se le hará un diagnóstico de salud y de los factores de riesgo que tenga para algunas enfermedades. Si se le diagnosticara alguna enfermedad o condición de riesgo en la encuesta o en las determinaciones de laboratorio, se le referirá a los servicios de salud para su control y seguimiento.

El informe de los resultados de la encuesta y de laboratorio estarán disponibles en su expediente personal del EBAIS de su comunidad o serán entregados a su persona si así hace saber.

De acuerdo con lo anterior declaro que:

1. ME HAN EXPLICADO Y CONTESTADO TODAS MIS PREGUNTAS EN FORMA CLARA Y SATISFACTORIA. TAMBIÉN SE ME HA INFORMADO QUE SI TENGO DUDAS PUEDO LLAMAR A LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS), SUBÁREA DE ANÁLISIS Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, TELÉFONO 25391509, PARA CUALQUIER CONSULTA.
2. MI PARTICIPACIÓN EN ESTA ENCUESTA ES VOLUNTARIA. TENGO EL DERECHO A NEGARME A PARTICIPAR O DESCONTINUAR MI PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, SIN QUE ESTO VAYA EN PERJUICIO DE MI ATENCIÓN EN SALUD ACTUAL Y FUTURA.
3. MI PARTICIPACIÓN EN ESTA ENCUESTA ES CONFIDENCIAL, LOS RESULTADOS PODRÍAN APARECER EN UNA PUBLICACIÓN O SER DIVULGADOS EN UNA REUNIÓN CIENTÍFICA, PERO DE MANERA ANÓNIMA.
4. NO PERDERÉ NINGÚN DERECHO LEGAL POR FIRMAR ESTE DOCUMENTO.
5. LAS MUESTRAS OBTENIDAS PARA ESTA INVESTIGACIÓN PODRÍAN TRANSFERIRSE A OTROS INVESTIGADORES, BAJO EL ACUERDO DE TRANSFERENCIA DE MATERIAL BIOLÓGICO (MTA).

CONSENTIMIENTO He leído o se me ha leído toda la información descrita en este formulario antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma clara. Por lo tanto: he comprendido y acepto participar como sujeto de investigación en esta encuesta.

Figura 5.7: Consentimiento Informado - Parte 2

Entrevistado Yo _____ Teléfono _____

Firma: _____ Cédula: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Entrevistador _____

Testigo Firma: _____ Cédula: _____

Fecha: _____ Hora: _____

_____	_____	_____	_____	_____	a.m. / p.m.
<i>Nombre del entrevistador</i>	<i>Cédula</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>	

Sección revocación de consentimiento (Si Aplica)

_____	_____	_____	_____	_____	a.m. / p.m.
<i>Nombre del quien registra revocatoria</i>	<i>Cédula</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>	

Figura 5.8: Consentimiento Informado - Parte 3

Anexo 10: Cuadros

Características generales

Variable	Característica	Porcentaje..IC95...
Sexo	Femenino	50% (45.9–54.2)
	Masculino	50% (45.8–54.1)
Grupos de Edad	20-39 años	45% (40.9–49.1)
	40-64 años	40.6% (36.4–44.8)
	65 años y más	14.4% (12.5–16.3)
Escolaridad	Escuela primaria completa	25.5% (20.9–30)
	Escuela primaria incompleta	9.1% (7.6–10.5)
	Escuela secundaria completa	16.1% (13–19.2)
	Escuela secundaria incompleta	21.3% (17.3–25.4)
	Estudios de posgrado	2% (0.2–3.9)
	Estudios técnicos completos	2.2% (1.6–2.9)
	Estudios universitarios completos	12.2% (10.2–14.3)
	Estudios universitarios incompletos	9.3% (7.1–11.5)
	Rehusa a contestar	0% (0–0)
	Sin escolaridad	2.2% (1.2–3.2)
Condición de Asegurado	Asegurado	89.1% (86.6–91.6)
	No asegurado	10.9% (8.4–13.4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular, Subárea de Análisis y Vigilancia Epidemiológica. 2024.

Diabetes

Clasificación glucemia población no diabética	Grupo de Edad			Total N = 3831452 (95% CI) ¹
	De 20 a 39 N = 1,724,401 (95% CI) ¹	De 40 a 64 N = 1,554,693 (95% CI) ¹	Mayor o igual a 65 N = 552,358 (95% CI) ¹	
Total				
Menor a 100 mg/dL	84.6% (79.6%, 88.6%)	64.8% (52.9%, 75.1%)	61.4% (52.6%, 69.6%)	72.3% (66.0%, 77.8%)
100 a 125 mg/dL	13.4% (9.70%, 18.2%)	34.0% (23.7%, 46.1%)	36.7% (28.7%, 45.6%)	26.1% (20.6%, 32.5%)
Mayor o igual a 126 mg/dL	2.0% (0.93%, 4.10%)	1.2% (0.60%, 2.22%)	1.8% (1.17%, 2.92%)	1.6% (1.02%, 2.45%)
Femenino				
Menor a 100 mg/dL	88.5% (83.4%, 92.2%)	72.9% (62.0%, 81.6%)	62.7% (49.3%, 74.4%)	77.7% (72.1%, 82.5%)
100 a 125 mg/dL	10.8% (7.16%, 15.9%)	25.3% (16.7%, 36.4%)	35.2% (23.8%, 48.7%)	20.9% (16.1%, 26.6%)
Mayor o igual a 126 mg/dL	0.7% (0.23%, 2.16%)	1.8% (0.84%, 3.75%)	2.1% (1.15%, 3.67%)	1.4% (0.85%, 2.27%)
Masculino				
Menor a 100 mg/dL	79.8% (69.6%, 87.2%)	55.9% (36.4%, 73.8%)	59.6% (49.2%, 69.3%)	65.9% (54.2%, 75.9%)
100 a 125 mg/dL	16.7% (10.1%, 26.3%)	43.6% (25.8%, 63.3%)	38.8% (29.2%, 49.3%)	32.3% (22.3%, 44.2%)
Mayor o igual a 126 mg/dL	3.5% (1.41%, 8.48%)	0.5% (0.14%, 1.50%)	1.5% (0.71%, 3.33%)	1.8% (0.88%, 3.69%)

¹ %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.4: Distribución de población no diabética acorde con nivel de glucemia en ayunas según grupo de edad y sexo en población mayor a 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Población mayor de 19 años, % (IC95%) en filas diagnósticas; prevalencia general‡ sin IC, Costa Rica, 2024				
	20 a 39	40 a 54	65 y más	Total
Total				
Diabetes diagnosticada*	4.1 (1.6, 10.5)	19.6 (14.3, 26.3)	34.4 (28.2, 41.2)	14.8 (11.8, 18.3)
Diabetes no diagnosticada†	2.0 (0.9, 4.1)	1.2 (0.6, 2.2)	1.8 (1.2, 2.9)	1.6 (1.0, 2.5)
Prevalencia general‡	6.1	20.8	36.2	16.4
Femenino				
Diabetes diagnosticada*	2.0 (1.2, 3.4)	22.2 (16.3, 29.5)	30.9 (24.9, 37.7)	14.7 (11.9, 18.0)
Diabetes no diagnosticada†	0.7 (0.2, 2.2)	1.8 (0.8, 3.8)	2.1 (1.2, 3.7)	1.4 (0.9, 2.3)
Prevalencia general‡	2.7	24.0	33.0	16.1
Masculino				
Diabetes diagnosticada*	6.1 (1.7, 19.6)	17.0 (9.1, 29.3)	38.3 (27.8, 50.0)	14.8 (10.1, 21.4)
Diabetes no diagnosticada†	3.5 (1.4, 8.5)	0.5 (0.1, 1.5)	1.5 (0.7, 3.3)	1.8 (0.9, 3.7)
Prevalencia general‡	9.6	17.5	39.8	16.6
Diabetes diagnosticada: autorreporte. †Diabetes no diagnosticada: glicemia ≥126 mg/dL en población sin diagnóstico previo de diabetes. ‡Prevalencia general: suma de valores puntuales (sin IC95%).				

Cuadro 5.5: Prevalencia de diabetes diagnosticada y no diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024.

Realización de análisis de glucosa en sangre en últimos 12 meses	Grupo de Edad			Total
	De 20 a 39 N = 1,720,716 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,552,363 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 551,020 (95% CI) [†]	N = 3824100 (95% CI) [†]
Total				
No	72.4% (67.0%, 77.2%)	49.2% (41.5%, 56.9%)	32.4% (26.3%, 39.2%)	57.2% (52.9%, 61.4%)
Sí	27.6% (22.8%, 33.0%)	50.8% (43.1%, 58.5%)	67.6% (60.8%, 73.7%)	42.8% (38.6%, 47.1%)
Femenino				
No	66.4% (59.8%, 72.4%)	44.8% (37.5%, 52.2%)	34.0% (25.2%, 44.1%)	52.6% (48.1%, 57.0%)
Sí	33.6% (27.6%, 40.2%)	55.2% (47.8%, 62.5%)	66.0% (55.9%, 74.8%)	47.4% (43.0%, 51.9%)
Masculino				
No	78.1% (69.8%, 84.5%)	53.7% (40.2%, 66.7%)	30.6% (23.0%, 39.5%)	61.8% (54.4%, 68.7%)
Sí	21.9% (15.5%, 30.2%)	46.3% (33.3%, 59.8%)	69.4% (60.5%, 77.0%)	38.2% (31.3%, 45.6%)
[†] %				
Abreviacion: CI = Intervalo de confianza				

Cuadro 5.6: Distribución de realización de análisis de glucosa en sangre en los últimos 12 meses en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Tratamientos o consejos	Grupo de Edad			Total N = 564558 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 70,883 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 304,273 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 189,402 (95% CI) [†]	
Insulina				
No	33.3% (9.55%, 70.3%)	73.2% (58.4%, 84.1%)	73.2% (63.5%, 81.0%)	68.2% (55.6%, 78.5%)
Sí	66.7% (29.7%, 90.4%)	26.8% (15.9%, 41.6%)	26.8% (19.0%, 36.5%)	31.8% (21.5%, 44.4%)
Medicamentos orales tomados (últimas dos semanas)				
No	73.8% (39.3%, 92.4%)	20.6% (13.1%, 30.9%)	30.7% (19.4%, 44.9%)	30.7% (20.6%, 43.1%)
Sí	26.2% (7.56%, 60.7%)	79.4% (69.1%, 86.9%)	69.3% (55.1%, 80.6%)	69.3% (56.9%, 79.4%)
Dieta				
No	83.2% (53.7%, 95.5%)	78.6% (63.7%, 88.5%)	82.2% (69.4%, 90.4%)	80.4% (71.1%, 87.2%)
Sí	16.8% (4.49%, 46.3%)	21.4% (11.5%, 36.3%)	17.8% (9.60%, 30.6%)	19.6% (12.8%, 28.9%)
Consejo o tratamiento para perder peso				
No	85.4% (59.0%, 96.0%)	72.8% (55.1%, 85.3%)	81.2% (64.1%, 91.3%)	77.2% (65.8%, 85.6%)
Sí	14.6% (4.03%, 41.0%)	27.2% (14.7%, 44.9%)	18.8% (8.71%, 35.9%)	22.8% (14.4%, 34.2%)
Consejo para dejar de fumar				
No	95.0% (67.2%, 99.4%)	90.8% (70.4%, 97.6%)	99.6% (98.4%, 99.9%)	94.3% (82.7%, 98.3%)
Sí	5.0% (0.57%, 32.8%)	9.2% (2.40%, 29.6%)	0.4% (0.10%, 1.56%)	5.7% (1.74%, 17.3%)
Consejo para realizar actividad física				
No	80.2% (48.7%, 94.5%)	65.4% (48.6%, 79.1%)	80.5% (67.5%, 89.1%)	72.3% (61.4%, 81.1%)
Sí	19.8% (5.47%, 51.3%)	34.6% (20.9%, 51.4%)	19.5% (10.9%, 32.5%)	27.7% (18.9%, 38.6%)
Tratamiento tradicional o a base de hierbas				
No	43.8% (11.4%, 82.4%)	60.2% (41.5%, 76.3%)	62.3% (47.8%, 74.8%)	58.8% (45.6%, 70.9%)
Sí	56.2% (17.6%, 88.6%)	39.8% (23.7%, 58.5%)	37.7% (25.2%, 52.2%)	41.2% (29.1%, 54.4%)

[†] %
Abreviación: CI = Intervalo de confianza

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.7: Manejo de diabetes según grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Hipertensión

Población mayor de 19 años, % (IC95%) en filas diagnósticas; prevalencia general* sin IC, Costa Rica, 2024				
	20 a 39	40 a 64	65 y más	Total
Total				
Hipertensión diagnosticada*	15.2 (11.0, 20.0)	41.6 (34.0, 49.0)	68.4 (62.0, 75.0)	33.6 (30.0, 38.0)
Hipertensión no diagnosticada†	2.5 (1.6, 4.1)	10.7 (5.0, 21.0)	13.5 (6.1, 27.0)	6.3 (3.8, 10.0)
Prevalencia general‡	17.7	52.3	81.9	39.9
Femenino				
Hipertensión diagnosticada*	14.0 (10.0, 18.0)	39.5 (33.0, 46.0)	67.1 (57.0, 76.0)	32.5 (29.0, 36.0)
Hipertensión no diagnosticada†	2.5 (1.2, 5.1)	6.9 (2.1, 20.0)	10.3 (4.3, 23.0)	4.7 (2.3, 9.4)
Prevalencia general‡	16.5	46.4	77.4	37.2
Masculino				
Hipertensión diagnosticada*	16.3 (9.5, 26.0)	43.9 (31.0, 58.0)	69.8 (61.0, 78.0)	34.6 (28.0, 42.0)
Hipertensión no diagnosticada†	2.6 (1.4, 4.8)	14.7 (5.5, 34.0)	16.8 (5.3, 42.0)	7.8 (3.8, 15.0)
Prevalencia general‡	18.9	58.6	86.6	42.4

Hipertensión diagnosticada: autorreporte. †Hipertensión no diagnosticada: según definición operativa del informe. ‡Prevalencia general: suma de valores puntuales (sin IC95%).

Cuadro 5.8: Prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada y no diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024.

Tiempo desde la última vez de toma de presión arterial	Grupo de Edad			Total N = 3824482 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 1,720,716 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,552,363 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 551,402 (95% CI) [†]	
Total				
En los últimos 12 meses	82.8% (77.6%, 87.1%)	91.1% (87.6%, 93.6%)	96.9% (94.2%, 98.4%)	88.2% (85.5%, 90.5%)
Entre 1-5 años	13.5% (9.59%, 18.8%)	7.3% (4.95%, 10.6%)	1.4% (0.98%, 2.11%)	9.3% (7.14%, 11.9%)
Mas de 5 años	3.6% (2.42%, 5.43%)	1.6% (0.99%, 2.72%)	1.6% (0.49%, 5.24%)	2.5% (1.86%, 3.46%)
Femenino				
En los últimos 12 meses	87.9% (84.4%, 90.6%)	91.1% (84.9%, 95.0%)	98.6% (97.7%, 99.1%)	90.8% (88.2%, 93.0%)
Entre 1-5 años	9.6% (7.25%, 12.5%)	7.7% (4.02%, 14.1%)	0.9% (0.44%, 1.67%)	7.5% (5.47%, 10.1%)
Mas de 5 años	2.6% (1.39%, 4.68%)	1.2% (0.66%, 2.14%)	0.6% (0.27%, 1.12%)	1.7% (1.09%, 2.62%)
Masculino				
En los últimos 12 meses	78.1% (68.1%, 85.6%)	91.0% (87.0%, 93.8%)	95.1% (88.9%, 97.9%)	85.6% (80.6%, 89.5%)
Entre 1-5 años	17.3% (10.4%, 27.4%)	6.9% (4.69%, 10.1%)	2.1% (1.29%, 3.36%)	11.1% (7.51%, 16.0%)
Mas de 5 años	4.6% (2.69%, 7.91%)	2.1% (1.01%, 4.36%)	2.8% (0.65%, 11.3%)	3.4% (2.21%, 5.12%)

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

[†] %

Abreviacion: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.9: Distribución de tiempo desde la última vez de toma de presión arterial en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Clasificación Presión arterial	Grupo de Edad			Total N = 3831452 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 1,724,401 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,554,693 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 552,358 (95% CI) [†]	
Total				
Óptima	50.6% (43.2%, 57.9%)	37.7% (31.2%, 44.7%)	45.1% (35.6%, 55.0%)	45.4% (40.6%, 50.3%)
Normal	37.8% (30.0%, 46.4%)	33.2% (26.2%, 40.9%)	22.8% (17.0%, 29.7%)	35.1% (29.8%, 40.7%)
Normal alta	9.1% (6.35%, 12.7%)	18.5% (13.3%, 25.0%)	18.6% (11.3%, 29.1%)	13.2% (10.5%, 16.4%)
Hipertensión	2.5% (1.57%, 4.08%)	10.7% (4.96%, 21.5%)	13.5% (6.13%, 27.2%)	6.3% (3.76%, 10.4%)
Femenino				
Óptima	64.9% (58.9%, 70.4%)	46.1% (37.2%, 55.2%)	48.4% (34.8%, 62.3%)	56.4% (51.5%, 61.3%)
Normal	24.1% (19.8%, 29.0%)	29.3% (22.8%, 36.7%)	20.0% (13.9%, 27.9%)	25.8% (22.3%, 29.6%)
Normal alta	8.6% (4.81%, 14.8%)	17.8% (11.0%, 27.6%)	21.3% (9.62%, 40.9%)	13.0% (9.30%, 18.0%)
Hipertensión	2.5% (1.20%, 5.13%)	6.9% (2.11%, 20.1%)	10.3% (4.27%, 22.6%)	4.7% (2.34%, 9.35%)
Masculino				
Óptima	37.5% (27.0%, 49.4%)	28.8% (20.8%, 38.3%)	41.7% (29.1%, 55.4%)	34.7% (27.8%, 42.4%)
Normal	50.4% (37.6%, 63.1%)	37.3% (25.4%, 50.9%)	25.6% (16.6%, 37.5%)	44.1% (35.0%, 53.5%)
Normal alta	9.5% (6.06%, 14.6%)	19.2% (12.1%, 28.9%)	15.9% (10.2%, 23.8%)	13.4% (9.84%, 17.9%)
Hipertensión	2.6% (1.36%, 4.81%)	14.7% (5.50%, 33.9%)	16.8% (5.29%, 42.3%)	7.8% (3.83%, 15.3%)
[†] %				
Abreviación: CI = Intervalo de confianza				

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.10: Distribución de población no conocida hipertensa según cifras de presión arterial por grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Tratamientos o consejos	Grupo de Edad			Total N = 1284661 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 260,937 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 646,535 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 377,189 (95% CI) [†]	
Medicamentos tomados (últimas dos semanas)				
No	32.9% (21.5%, 46.7%)	15.3% (7.80%, 27.9%)	4.2% (2.82%, 6.07%)	15.6% (10.9%, 21.9%)
Sí	67.1% (53.3%, 78.5%)	84.7% (72.1%, 92.2%)	95.8% (93.9%, 97.2%)	84.4% (78.1%, 89.1%)
Dieta				
No	89.3% (78.3%, 95.1%)	87.0% (81.7%, 90.9%)	82.6% (77.6%, 86.7%)	86.2% (82.7%, 89.1%)
Sí	10.7% (4.88%, 21.7%)	13.0% (9.10%, 18.3%)	17.4% (13.3%, 22.4%)	13.8% (10.9%, 17.3%)
Consejo o tratamiento para perder peso				
No	89.9% (82.2%, 94.5%)	78.7% (68.1%, 86.5%)	90.9% (83.6%, 95.1%)	84.6% (78.8%, 89.0%)
Sí	10.1% (5.52%, 17.8%)	21.3% (13.5%, 31.9%)	9.1% (4.90%, 16.4%)	15.4% (11.0%, 21.2%)
Consejo para dejar de fumar				
No	84.0% (49.3%, 96.6%)	97.0% (93.3%, 98.7%)	99.5% (99.0%, 99.8%)	95.1% (86.1%, 98.4%)
Sí	16.0% (3.43%, 50.7%)	3.0% (1.27%, 6.73%)	0.5% (0.25%, 1.01%)	4.9% (1.61%, 13.9%)
Consejo para realizar actividad física				
No	82.6% (70.6%, 90.3%)	79.0% (71.0%, 85.3%)	80.5% (71.9%, 87.0%)	80.2% (75.1%, 84.4%)
Sí	17.4% (9.67%, 29.4%)	21.0% (14.7%, 29.0%)	19.5% (13.0%, 28.1%)	19.8% (15.6%, 24.9%)
Tratamiento tradicional o a base de hierbas				
No	73.8% (48.8%, 89.3%)	78.9% (70.6%, 85.4%)	76.9% (68.4%, 83.7%)	77.3% (70.5%, 83.0%)
Sí	26.2% (10.7%, 51.2%)	21.1% (14.6%, 29.4%)	23.1% (16.3%, 31.6%)	22.7% (17.0%, 29.5%)
[†] %				
Abreviación: CI = Intervalo de confianza				

Cuadro 5.11: Manejo de Hipertensión Arterial según grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Hipertensión Arterial	Grupo de Edad			Total
	De 20 a 39 N = 1,724,401 (95% CI) ¹	De 40 a 64 N = 1,554,693 (95% CI) ¹	Mayor o igual a 65 N = 552,358 (95% CI) ¹	N = 3831452 (95% CI) ¹
Total				
Compensada	80.7% (67.1%, 89.6%)	56.8% (45.4%, 67.6%)	61.2% (53.2%, 68.6%)	63.3% (55.6%, 70.4%)
No compensada	19.3% (10.4%, 32.9%)	43.2% (32.4%, 54.6%)	38.8% (31.4%, 46.8%)	36.7% (29.6%, 44.4%)
Femenino				
Compensada	72.9% (59.8%, 82.9%)	63.3% (54.1%, 71.7%)	60.6% (52.0%, 68.7%)	64.1% (58.3%, 69.6%)
No compensada	27.1% (17.1%, 40.2%)	36.7% (28.3%, 45.9%)	39.4% (31.3%, 48.0%)	35.9% (30.4%, 41.7%)
Masculino				
Compensada	85.6% (66.8%, 94.6%)	50.6% (31.2%, 69.8%)	61.9% (47.5%, 74.4%)	62.6% (48.5%, 74.8%)
No compensada	14.4% (5.38%, 33.2%)	49.4% (30.2%, 68.8%)	38.1% (25.6%, 52.5%)	37.4% (25.2%, 51.5%)

¹ %

Abreviacion: CI = Intervalo de confianza

1 Hipertensión compensada definida en población hipertensa general con cifras presión arterial sistólica menor a 140 mmHg y presión arterial diastólica menor a 90 mmHg; en población mayor de 80 años con presión arterial sistólica menor a 150 mmHg y presión arterial diastólica menor a 90 mmHg y población diabética con presión arterial sistólica menor a 140 mmHg y presión arterial diastólica menor a 80 mmHg.

Cuadro 5.12: Prevalencia de hipertensión arterial compensada y no compensada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Dislipidemia

Dislipidemia diagnosticada	Grupo de Edad			Total N = 3824100 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 1,720,716 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,552,363 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 551,020 (95% CI) [†]	
Total				
No	86.3% (82.2%, 89.6%)	70.1% (64.1%, 75.4%)	53.8% (47.3%, 60.2%)	75.0% (71.9%, 77.9%)
Sí	13.7% (10.4%, 17.8%)	29.9% (24.6%, 35.9%)	46.2% (39.8%, 52.7%)	25.0% (22.1%, 28.1%)
Femenino				
No	84.4% (79.8%, 88.1%)	66.7% (60.2%, 72.7%)	46.0% (37.5%, 54.7%)	71.3% (67.7%, 74.6%)
Sí	15.6% (11.9%, 20.2%)	33.3% (27.3%, 39.8%)	54.0% (45.3%, 62.5%)	28.7% (25.4%, 32.3%)
Masculino				
No	88.1% (80.7%, 92.8%)	73.5% (63.6%, 81.4%)	62.7% (52.5%, 71.9%)	78.7% (73.7%, 83.1%)
Sí	11.9% (7.17%, 19.3%)	26.5% (18.6%, 36.4%)	37.3% (28.1%, 47.5%)	21.3% (16.9%, 26.3%)
[†] %				
Abreviación: CI = Intervalo de confianza				

Cuadro 5.13: Prevalencia de dislipidemia diagnosticada según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Nivel de triglicéridos(mg/dL)	Grupo de Edad			Total N = 3831452 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 1,724,401 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,554,693 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 552,358 (95% CI) [†]	
Total				
Anormal	36.9% (29.2%, 45.4%)	39.5% (31.6%, 47.9%)	39.6% (32.0%, 47.7%)	38.7% (33.8%, 43.7%)
Normal	63.1% (54.6%, 70.8%)	60.5% (52.1%, 68.4%)	60.4% (52.3%, 68.0%)	61.3% (56.3%, 66.2%)
Femenino				
Anormal	29.3% (22.8%, 36.8%)	42.6% (33.9%, 51.8%)	41.2% (32.1%, 51.0%)	38.0% (33.0%, 43.3%)
Normal	70.7% (63.2%, 77.2%)	57.4% (48.2%, 66.1%)	58.8% (49.0%, 67.9%)	62.0% (56.7%, 67.0%)
Masculino				
Anormal	46.4% (32.1%, 61.3%)	35.8% (23.6%, 50.2%)	37.7% (26.0%, 51.1%)	39.5% (30.9%, 48.7%)
Normal	53.6% (38.7%, 67.9%)	64.2% (49.8%, 76.4%)	62.3% (48.9%, 74.0%)	60.5% (51.3%, 69.1%)

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.14: Prevalencia de niveles elevados de triglicéridos (150 mg/dL) según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Nivel de colesterol total (mg/dL)	Grupo de Edad			Total N = 3831452 (95% CI) ¹
	De 20 a 39 N = 1,724,401 (95% CI) ¹	De 40 a 64 N = 1,554,693 (95% CI) ¹	Mayor o igual a 65 N = 552,358 (95% CI) ¹	
Total				
<200	58.0% (49.3%, 66.2%)	48.9% (39.9%, 58.0%)	63.2% (55.3%, 70.4%)	54.8% (49.5%, 60.0%)
200-239	24.6% (17.7%, 33.1%)	33.2% (24.9%, 42.7%)	24.8% (18.6%, 32.1%)	28.6% (23.7%, 34.0%)
≥240	17.5% (10.8%, 27.1%)	17.9% (13.0%, 24.1%)	12.1% (8.06%, 17.7%)	16.6% (13.1%, 20.9%)
Femenino				
<200	69.3% (62.1%, 75.6%)	44.7% (35.8%, 54.0%)	59.6% (50.1%, 68.4%)	56.0% (50.6%, 61.2%)
200-239	23.6% (18.0%, 30.4%)	32.9% (25.1%, 41.8%)	24.4% (18.2%, 31.8%)	28.1% (23.7%, 33.0%)
≥240	7.1% (4.12%, 11.9%)	22.4% (15.6%, 30.9%)	16.0% (9.48%, 25.9%)	15.9% (12.2%, 20.5%)
Masculino				
<200	46.4% (33.4%, 59.9%)	53.7% (37.4%, 69.2%)	66.9% (54.0%, 77.7%)	53.6% (44.1%, 62.7%)
200-239	25.6% (14.0%, 42.1%)	33.6% (19.3%, 51.6%)	25.2% (15.2%, 38.7%)	29.1% (20.6%, 39.3%)
≥240	28.0% (15.8%, 44.7%)	12.7% (7.10%, 21.7%)	7.9% (4.66%, 13.2%)	17.4% (11.6%, 25.3%)
¹ %				
Abreviacion: CI = Intervalo de confianza				

Cuadro 5.15: Prevalencia de niveles elevados de colesterol total (de 200 a 240 mg/dl) según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Nivel de colesterol HDL (mg/dL)	Grupo de Edad			Total N = 3831452 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 1,724,401 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,554,693 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 552,358 (95% CI) [†]	
Total				
Bajo	48.5% (40.9%, 56.3%)	59.1% (50.4%, 67.3%)	51.9% (44.0%, 59.8%)	54.0% (48.8%, 59.1%)
Normal	51.5% (43.7%, 59.1%)	40.9% (32.7%, 49.6%)	48.1% (40.2%, 56.0%)	46.0% (40.9%, 51.2%)
Femenino				
Bajo	63.7% (56.7%, 70.2%)	63.3% (55.4%, 70.5%)	50.5% (40.8%, 60.1%)	61.1% (56.2%, 65.8%)
Normal	36.3% (29.8%, 43.3%)	36.7% (29.5%, 44.6%)	49.5% (39.9%, 59.2%)	38.9% (34.2%, 43.8%)
Masculino				
Bajo	32.9% (22.7%, 45.1%)	54.3% (38.3%, 69.4%)	53.5% (41.0%, 65.5%)	46.4% (37.3%, 55.7%)
Normal	67.1% (54.9%, 77.3%)	45.7% (30.6%, 61.7%)	46.5% (34.5%, 59.0%)	53.6% (44.3%, 62.7%)
[†] %				
Abreviación: CI = Intervalo de confianza				

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.16: Prevalencia de niveles bajos de colesterol HDL según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Nivel de Colesterol LDL (mg/dL)	Grupo de Edad			Total
	De 20 a 39 N = 1,724,401 (95% CI) ¹	De 40 a 64 N = 1,554,693 (95% CI) ¹	Mayor o igual a 65 N = 552,358 (95% CI) ¹	
Total				
<130	64.7% (55.2%, 73.1%)	52.1% (41.5%, 62.4%)	68.5% (59.9%, 76.0%)	59.3% (53.0%, 65.3%)
≥130	35.3% (26.9%, 44.8%)	47.9% (37.6%, 58.5%)	31.5% (24.0%, 40.1%)	40.7% (34.7%, 47.0%)
Femenino				
<130	69.7% (61.2%, 77.0%)	47.5% (37.9%, 57.3%)	67.1% (56.1%, 76.5%)	58.6% (52.5%, 64.5%)
≥130	30.3% (23.0%, 38.8%)	52.5% (42.7%, 62.1%)	32.9% (23.5%, 43.9%)	41.4% (35.5%, 47.5%)
Masculino				
<130	58.8% (42.0%, 73.8%)	57.2% (37.5%, 74.8%)	70.2% (56.1%, 81.2%)	60.1% (48.5%, 70.7%)
≥130	41.2% (26.2%, 58.0%)	42.8% (25.2%, 62.5%)	29.8% (18.8%, 43.9%)	39.9% (29.3%, 51.5%)

¹ %
Abreviación: CI = Intervalo de confianza

¹ %
Abreviacion: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.17: Prevalencia de niveles altos de colesterol LDL según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Realización de análisis de lípidos en últimos 12 meses	Grupo de Edad			Total N = 3824100 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 1,720,716 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,552,363 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 551,020 (95% CI) [†]	
Total				
No	66.4% (60.4%, 71.9%)	47.0% (39.2%, 54.9%)	26.7% (20.2%, 34.3%)	52.8% (48.4%, 57.1%)
Sí	33.6% (28.1%, 39.6%)	53.0% (45.1%, 60.8%)	73.3% (65.7%, 79.8%)	47.2% (42.9%, 51.6%)
Femenino				
No	59.5% (52.5%, 66.2%)	40.9% (33.6%, 48.6%)	23.8% (15.1%, 35.3%)	46.4% (42.0%, 50.9%)
Sí	40.5% (33.8%, 47.5%)	59.1% (51.4%, 66.4%)	76.2% (64.7%, 84.9%)	53.6% (49.1%, 58.0%)
Masculino				
No	72.9% (63.9%, 80.3%)	53.2% (40.0%, 65.9%)	29.9% (21.1%, 40.6%)	59.1% (52.0%, 65.9%)
Sí	27.1% (19.7%, 36.1%)	46.8% (34.1%, 60.0%)	70.1% (59.4%, 78.9%)	40.9% (34.1%, 48.0%)

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.18: Distribución en la realización de análisis de lípidos en los últimos 12 meses en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Tratamientos o consejos	Grupo de Edad			Total N = 955237 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 236,187 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 464,692 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 254,358 (95% CI) [†]	
Medicamentos orales tomados (últimas dos semanas)				
No	65.0% (50.5%, 77.1%)	37.4% (29.4%, 46.3%)	27.5% (20.8%, 35.5%)	41.6% (36.0%, 47.5%)
Sí	35.0% (22.9%, 49.5%)	62.6% (53.7%, 70.6%)	72.5% (64.5%, 79.2%)	58.4% (52.5%, 64.0%)
Dieta				
No	76.5% (63.9%, 85.6%)	74.9% (67.9%, 80.8%)	89.5% (86.0%, 92.3%)	79.2% (74.6%, 83.1%)
Sí	23.5% (14.4%, 36.1%)	25.1% (19.2%, 32.1%)	10.5% (7.73%, 14.0%)	20.8% (16.9%, 25.4%)
Consejo o tratamiento para perder peso				
No	77.5% (62.1%, 87.9%)	77.9% (71.2%, 83.4%)	93.2% (90.3%, 95.3%)	81.9% (77.0%, 86.0%)
Sí	22.5% (12.1%, 37.9%)	22.1% (16.6%, 28.8%)	6.8% (4.66%, 9.72%)	18.1% (14.0%, 23.0%)
Ninguno de los tratamiento o consejos evaluados				
No	65.2% (53.4%, 75.5%)	79.9% (70.8%, 86.7%)	75.9% (67.8%, 82.5%)	75.2% (69.9%, 79.9%)
Sí	34.8% (24.5%, 46.6%)	20.1% (13.3%, 29.2%)	24.1% (17.5%, 32.2%)	24.8% (20.1%, 30.1%)
Tratamiento tradicional o a base de hierbas				
No	90.0% (81.4%, 94.9%)	81.3% (75.5%, 86.1%)	77.2% (67.1%, 85.0%)	82.4% (78.1%, 86.0%)
Sí	10.0% (5.14%, 18.6%)	18.7% (13.9%, 24.5%)	22.8% (15.0%, 32.9%)	17.6% (14.0%, 21.9%)

[†] %
Abreviación: CI = Intervalo de confianza

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.19: Manejo de la dislipidemia según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Antropometría

Clasificación IMC	Grupo de Edad			Total N = 3831452 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 1,724,401 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,554,693 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 552,358 (95% CI) [†]	
Total				
Bajo peso	1.8% (0.96%, 3.30%)	0.5% (0.20%, 1.20%)	1.1% (0.66%, 1.84%)	1.1% (0.72%, 1.75%)
Normal	24.9% (19.6%, 31.1%)	19.3% (15.3%, 24.0%)	36.0% (29.0%, 43.7%)	24.3% (21.1%, 27.8%)
Sobrepeso	43.5% (34.2%, 53.3%)	42.8% (34.2%, 51.8%)	38.0% (31.3%, 45.1%)	42.3% (36.8%, 48.1%)
Obesidad	29.8% (23.4%, 37.2%)	37.4% (29.8%, 45.6%)	24.9% (19.1%, 31.7%)	32.3% (27.8%, 37.0%)
Femenino				
Bajo peso	1.7% (0.65%, 4.31%)	0.3% (0.08%, 1.37%)	0.5% (0.16%, 1.66%)	0.9% (0.42%, 1.84%)
Normal	29.1% (24.0%, 34.8%)	19.8% (15.1%, 25.7%)	36.4% (26.9%, 47.1%)	26.2% (22.6%, 30.2%)
Sobrepeso	35.3% (29.3%, 41.9%)	33.4% (26.2%, 41.6%)	36.0% (28.4%, 44.2%)	34.6% (30.3%, 39.1%)
Obesidad	33.9% (28.1%, 40.2%)	46.4% (38.0%, 55.0%)	27.1% (20.9%, 34.4%)	38.4% (33.6%, 43.3%)
Masculino				
Bajo peso	1.9% (0.82%, 4.19%)	0.6% (0.19%, 2.07%)	1.7% (0.97%, 3.11%)	1.3% (0.77%, 2.36%)
Normal	21.6% (14.1%, 31.7%)	18.8% (12.9%, 26.6%)	35.6% (25.7%, 46.9%)	22.5% (17.7%, 28.3%)
Sobrepeso	49.8% (35.0%, 64.6%)	52.4% (38.1%, 66.4%)	40.2% (29.3%, 52.0%)	49.5% (40.3%, 58.7%)
Obesidad	26.7% (17.2%, 38.9%)	28.1% (17.4%, 42.1%)	22.5% (13.3%, 35.5%)	26.7% (20.1%, 34.5%)
[†] %				
Abreviación: CI = Intervalo de confianza				

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.20: Distribución de la clasificación del IMC según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Factores de Riesgo Conductuales

Recomendación de OMS para actividad física	Grupo de Edad			Total N = 3831086 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 1,724,036 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,554,694 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 552,357 (95% CI) [†]	
Total				
No cumple recomendación	27.6% (22.5%, 33.4%)	35.3% (29.0%, 42.0%)	53.8% (47.4%, 60.1%)	34.5% (30.8%, 38.4%)
Sí cumple recomendación	72.4% (66.6%, 77.5%)	64.7% (58.0%, 71.0%)	46.2% (39.9%, 52.6%)	65.5% (61.6%, 69.2%)
Femenino				
No cumple recomendación	32.6% (27.4%, 38.1%)	45.0% (37.5%, 52.8%)	57.6% (49.4%, 65.4%)	41.5% (37.2%, 45.9%)
Sí cumple recomendación	67.4% (61.9%, 72.6%)	55.0% (47.2%, 62.5%)	42.4% (34.6%, 50.6%)	58.5% (54.1%, 62.8%)
Masculino				
No cumple recomendación	22.9% (14.8%, 33.6%)	25.4% (17.9%, 34.6%)	49.5% (39.3%, 59.8%)	27.5% (22.0%, 33.8%)
Sí cumple recomendación	77.1% (66.4%, 85.2%)	74.6% (65.4%, 82.1%)	50.5% (40.2%, 60.7%)	72.5% (66.2%, 78.0%)

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.21: Distribución del cumplimiento de actividad física según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Tiempos medios según actividad (minutos)	Grupo de Edad			Total N = 3831086
	De 20 a 39 N = 1,724,036	De 40 a 64 N = 1,554,694	Mayor o igual a 65 N = 552,357	
Actividad vigorosa en el trabajo	287.6	339.1	86.0	279.5
Actividad moderada en el trabajo	350.8	397.9	229.7	352.4
Transporte	213.1	261.0	165.6	225.7
Actividad vigorosa recreacional	86.5	39.7	15.8	57.3
Actividad moderada recreacional	85.4	60.7	31.3	67.6
Relacionado con el trabajo	91.3	105.3	45.1	90.3
Relacionado con el transporte	30.4	37.3	23.7	32.2
Relacionado con la recreación	24.6	14.3	6.7	17.8

Nota: se presenta la media (minutos).

Cuadro 5.22: Distribución de los tiempos medios en minutos según actividad por grupo de edad en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024.

Consumo de porciones de frutas o vegetales	Grupo de Edad			Total N = 3831086 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 1,724,036 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,554,694 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 552,357 (95% CI) [†]	
Total				
5 o más porciones al día	32.7% (26.7%, 39.3%)	25.9% (21.2%, 31.2%)	28.4% (23.7%, 33.7%)	29.3% (25.8%, 33.1%)
Menor a 5 porciones	66.4% (59.8%, 72.4%)	72.8% (67.4%, 77.6%)	71.0% (65.7%, 75.8%)	69.7% (65.9%, 73.2%)
No consume frutas ni vegetales	0.9% (0.52%, 1.56%)	1.3% (0.85%, 2.08%)	0.6% (0.32%, 1.03%)	1.0% (0.74%, 1.42%)
Femenino				
5 o más porciones al día	30.1% (23.4%, 37.8%)	26.8% (22.1%, 32.1%)	33.1% (26.1%, 40.9%)	29.2% (25.4%, 33.4%)
Menor a 5 porciones	68.3% (60.7%, 75.0%)	72.0% (66.5%, 76.9%)	66.1% (58.3%, 73.1%)	69.5% (65.3%, 73.3%)
No consume frutas ni vegetales	1.6% (0.88%, 2.86%)	1.2% (0.69%, 2.11%)	0.8% (0.36%, 1.66%)	1.3% (0.89%, 1.92%)
Masculino				
5 o más porciones al día	35.2% (25.6%, 46.2%)	24.9% (17.3%, 34.4%)	23.1% (17.5%, 29.9%)	29.4% (23.7%, 35.9%)
Menor a 5 porciones	64.6% (53.6%, 74.2%)	73.7% (64.0%, 81.5%)	76.5% (69.7%, 82.2%)	69.8% (63.3%, 75.6%)
No consume frutas ni vegetales	0.2% (0.05%, 1.08%)	1.4% (0.72%, 2.87%)	0.3% (0.17%, 0.69%)	0.7% (0.42%, 1.31%)
[†] %				
Abreviación: CI = Intervalo de confianza				

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.23: Prevalencia del nivel de consumo de frutas y/o vegetales (5 porciones al día) según grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Consumo promedio de frutas y vegetales	Grupo de Edad			Total N = 3819617; [95% CI] [†]
	De 20 a 39 N = 1,720,903; [95% CI] [†]	De 40 a 64 N = 1,553,396; [95% CI] [†]	Mayor o igual a 65 N = 545,318; [95% CI] [†]	
Total				
Días por semana de consumo de frutas	3.1 (2.1);	3.6 (2.4);	4.3 (2.4);	3.5 (2.3);
Porciones de frutas por día	1.6 (1.3);	1.7 (1.5);	1.8 (2.3);	1.7 (1.6);
Días por semana de consumo de vegetales	4.1 (2.1);	3.8 (2.2);	4.1 (2.3);	4.0 (2.2);
Porciones de vegetales por día	1.9 (1.4);	1.8 (1.7);	1.7 (1.2);	1.8 (1.5);
Porciones diarias de frutas y vegetales	3.4 (2.1);	3.4 (2.5);	3.4 (2.8);	3.4 (2.4);
Femenino				
Días por semana de consumo de frutas	3.3 (2.2);	4.0 (2.4);	4.5 (2.4);	3.8 (2.4);
Porciones de frutas por día	1.6 (1.3);	1.7 (1.7);	1.8 (1.4);	1.7 (1.5);
Días por semana de consumo de vegetales	4.2 (2.2);	4.2 (2.3);	4.4 (2.2);	4.2 (2.2);
Porciones de vegetales por día	2.0 (1.4);	1.9 (2.0);	1.8 (1.4);	1.9 (1.7);
Porciones diarias de frutas y vegetales	3.4 (2.2);	3.4 (2.8);	3.5 (2.3);	3.4 (2.5);
Masculino				
Días por semana de consumo de frutas	2.8 (2.0);	3.2 (2.3);	4.1 (2.3);	3.1 (2.2);
Porciones de frutas por día	1.6 (1.3);	1.8 (1.3);	1.9 (2.9);	1.7 (1.6);
Días por semana de consumo de vegetales	4.0 (2.1);	3.4 (2.0);	3.7 (2.4);	3.7 (2.1);
Porciones de vegetales por día	1.9 (1.3);	1.7 (1.2);	1.5 (1.0);	1.8 (1.2);
Porciones diarias de frutas y vegetales	3.4 (1.9);	3.3 (2.1);	3.3 (3.3);	3.3 (2.2);
[†] Media (DE)				
Abreviación: CI = Intervalo de confianza				

Cuadro 5.24: Consumo promedio de frutas y/o vegetales según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, Costa Rica, 2024.

Consumo de sal en la dieta	Grupo de edad			
	De 20 a 39 [†]	De 40 a 64 [†]	Mayor o igual a 65 [†]	Global [†]
Frecuencia de agregar sal o salsas saladas a la comida antes de comerla o mientras come				
Siempre	12.7% (6.79%, 22.6%)	17.6% (11.6%, 25.8%)	19.5% (12.6%, 28.9%)	15.7% (11.6%, 20.9%)
Algunas veces	15.6% (11.6%, 20.7%)	19.3% (11.5%, 30.6%)	9.9% (7.24%, 13.4%)	16.3% (12.3%, 21.3%)
Raramente	16.8% (12.5%, 22.2%)	17.8% (13.6%, 23.1%)	21.9% (17.4%, 27.1%)	18.0% (15.2%, 21.1%)
Nunca	54.6% (47.5%, 61.6%)	45.1% (38.1%, 52.2%)	48.5% (42.0%, 54.9%)	49.9% (45.4%, 54.3%)
No sabe/No responde	0.2% (0.05%, 0.88%)	0.2% (0.03%, 1.00%)	0.3% (0.11%, 0.69%)	0.2% (0.08%, 0.51%)
Frecuencia de agregar sal, sazonado salado o salsas saladas durante la preparación de la comida				
Siempre	56.1% (49.4%, 62.6%)	45.5% (38.1%, 53.1%)	43.4% (36.8%, 50.3%)	50.0% (45.5%, 54.5%)
Algunas veces	22.1% (16.8%, 28.6%)	23.5% (16.6%, 32.2%)	22.5% (17.4%, 28.6%)	22.7% (18.8%, 27.3%)
Raramente	9.8% (7.52%, 12.8%)	15.1% (11.6%, 19.3%)	17.1% (13.7%, 21.1%)	13.0% (11.1%, 15.1%)
Nunca	11.8% (8.40%, 16.4%)	15.8% (10.1%, 23.9%)	16.8% (13.2%, 21.1%)	14.2% (11.1%, 17.9%)
No sabe/No responde	0.1% (<0.01%, 0.46%)	0.2% (0.05%, 0.44%)	0.2% (0.05%, 0.55%)	0.1% (0.05%, 0.25%)
Frecuencia de consumo de comida procesada alta en sal				
Siempre	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)
Algunas veces	82.1% (75.5%, 87.2%)	73.7% (66.2%, 80.0%)	43.4% (34.0%, 53.2%)	73.0% (68.5%, 76.9%)
Raramente	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)
Nunca	17.8% (12.7%, 24.4%)	26.2% (19.9%, 33.7%)	56.5% (46.6%, 65.8%)	26.9% (22.9%, 31.3%)
No sabe/No responde	0.1% (0.02%, 0.77%)	0.1% (0.02%, 0.47%)	0.2% (0.03%, 0.95%)	0.1% (0.04%, 0.33%)
Percepción de cuánta sal o salsa salada cree que consume				
Demasiada	1.0% (0.49%, 1.95%)	0.6% (0.34%, 1.14%)	0.3% (0.15%, 0.64%)	0.7% (0.47%, 1.17%)
Mucha	6.9% (4.38%, 10.7%)	4.4% (2.27%, 8.30%)	3.4% (1.30%, 8.69%)	5.4% (3.78%, 7.59%)
Justo lo necesario	68.7% (62.4%, 74.4%)	60.0% (53.0%, 66.6%)	56.8% (50.5%, 62.8%)	63.5% (59.5%, 67.3%)
Muy poca	20.9% (16.0%, 26.8%)	28.2% (23.1%, 34.0%)	32.3% (27.3%, 37.8%)	25.5% (22.3%, 29.0%)
Demasiado poca	2.4% (1.58%, 3.78%)	6.6% (4.58%, 9.55%)	7.0% (5.14%, 9.59%)	4.8% (3.79%, 6.10%)
No sabe/No responde	0.1% (0.02%, 0.41%)	0.1% (0.03%, 0.43%)	0.1% (0.02%, 0.59%)	0.1% (0.04%, 0.25%)

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.25: Frecuencia de agregado de sal a los alimentos según grupo de edad. Costa Rica, 2024.

Fuma algún producto de tabaco	Grupo de Edad			Total N = 3800620 (95% CI) ⁱ
	De 20 a 39 N = 1,714,819 (95% CI) ⁱ	De 40 a 64 N = 1,544,045 (95% CI) ⁱ	Mayor o igual a 65 N = 541,756 (95% CI) ⁱ	
Total				
No	81.2% (71.0%, 88.4%)	92.5% (87.6%, 95.6%)	95.5% (92.7%, 97.2%)	87.8% (82.6%, 91.7%)
Sí	18.8% (11.6%, 29.0%)	7.5% (4.42%, 12.4%)	4.5% (2.77%, 7.32%)	12.2% (8.35%, 17.4%)
Femenino				
No	87.2% (75.5%, 93.7%)	92.5% (81.8%, 97.1%)	97.6% (95.6%, 98.7%)	90.9% (84.7%, 94.8%)
Sí	12.8% (6.26%, 24.5%)	7.5% (2.87%, 18.2%)	2.4% (1.29%, 4.41%)	9.1% (5.19%, 15.3%)
Masculino				
No	75.6% (59.1%, 86.9%)	92.5% (88.6%, 95.2%)	93.0% (87.0%, 96.3%)	84.7% (75.7%, 90.8%)
Sí	24.4% (13.1%, 40.9%)	7.5% (4.82%, 11.4%)	7.0% (3.68%, 13.0%)	15.3% (9.23%, 24.3%)
ⁱ %				
Abreviación: CI = Intervalo de confianza				

ⁱ %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.26: Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Fuma a diario	Grupo de Edad			Total N = 462486 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 322,378 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 115,590 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 24,518 (95% CI) [†]	
Total				
No	18.4% (9.07%, 33.6%)	15.5% (7.53%, 29.2%)	7.8% (3.25%, 17.7%)	17.1% (10.1%, 27.5%)
Sí	81.6% (66.4%, 90.9%)	84.5% (70.8%, 92.5%)	92.2% (82.3%, 96.8%)	82.9% (72.5%, 89.9%)
Femenino				
No	16.8% (6.14%, 38.3%)	8.9% (2.09%, 31.0%)	6.7% (2.26%, 18.3%)	13.7% (6.27%, 27.4%)
Sí	83.2% (61.7%, 93.9%)	91.1% (69.0%, 97.9%)	93.3% (81.7%, 97.7%)	86.3% (72.6%, 93.7%)
Masculino				
No	19.1% (7.44%, 41.1%)	22.2% (12.1%, 37.2%)	8.3% (2.66%, 22.9%)	19.1% (9.42%, 34.9%)
Sí	80.9% (58.9%, 92.6%)	77.8% (62.8%, 87.9%)	91.7% (77.1%, 97.3%)	80.9% (65.1%, 90.6%)

[†] %
Abreviación: CI = Intervalo de confianza

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.27: Prevalencia del consumo diario de tabaco en fumadores actuales según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Edad de inicio de fumado	Grupo de Edad			Total
	De 20 a 39 N = 322,378	De 40 a 64 N = 115,590	Mayor o igual a 65 N = 24,518	N = 462486
Total	21.2	17.6	16.9	20.1
Femenino	19.0	17.1	23.3	18.5
Masculino	22.3	18.0	14.3	21.0

Cuadro 5.28: Edad de inicio de fumado en fumadores actuales según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años (media), Costa Rica, 2024.

Producto fumado habitualmente	Grupo de Edad			Total N = 462486 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 322,378 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 115,590 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 24,518 (95% CI) [†]	
Total				
Cigarrillos	47.3% (23.1%, 72.9%)	96.5% (91.3%, 98.6%)	94.1% (83.5%, 98.0%)	62.0% (38.3%, 81.0%)
Otro	3.1% (1.16%, 8.13%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	2.2% (0.87%, 5.35%)
Pipa	0.5% (0.07%, 3.82%)	0.5% (0.06%, 3.64%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.5% (0.10%, 2.34%)
Puros	1.9% (0.77%, 4.76%)	2.1% (0.66%, 6.51%)	1.1% (0.15%, 7.79%)	1.9% (0.95%, 3.91%)
Vapeo	47.1% (21.9%, 73.9%)	0.9% (0.20%, 4.11%)	4.8% (1.41%, 15.4%)	33.4% (14.8%, 59.3%)
Femenino				
Cigarrillos	47.9% (16.0%, 81.7%)	99.0% (91.7%, 99.9%)	100.0% (100.0%, 100.0%)	67.3% (35.1%, 88.7%)
Pipa	0.0% (<0.01%, <0.01%)	1.0% (0.10%, 8.32%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.3% (0.04%, 2.52%)
Puros	1.0% (0.20%, 5.16%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.6% (0.14%, 3.00%)
Vapeo	51.0% (17.7%, 83.5%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	31.8% (10.7%, 64.5%)
Masculino				
Cigarrillos	47.0% (17.3%, 79.0%)	93.9% (85.9%, 97.5%)	91.7% (76.4%, 97.5%)	58.8% (28.7%, 83.6%)
Otro	4.7% (1.54%, 13.2%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	3.5% (1.29%, 9.01%)
Pipa	0.8% (0.09%, 5.95%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.6% (0.07%, 4.25%)
Puros	2.4% (0.78%, 7.02%)	4.3% (1.45%, 11.9%)	1.5% (0.19%, 11.0%)	2.7% (1.16%, 6.14%)
Vapeo	45.2% (14.5%, 80.0%)	1.9% (0.43%, 7.69%)	6.7% (1.83%, 21.9%)	34.4% (10.8%, 69.6%)
[†] %				
Abreviación: CI = Intervalo de confianza				

Cuadro 5.29: Distribución del producto de fumado habitual en fumadores actuales según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Evaluación AUDIT	Grupo de Edad			Total N = 3831086 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 1,724,036 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,554,694 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 552,357 (95% CI) [†]	
	Total			
Abstemio	54.6% (47.5%, 61.5%)	74.4% (68.0%, 79.8%)	88.6% (85.8%, 91.0%)	67.5% (63.0%, 71.8%)
Consumo de bajo riesgo	37.9% (31.1%, 45.3%)	23.4% (18.2%, 29.7%)	11.0% (8.70%, 13.8%)	28.2% (24.1%, 32.6%)
Consumo moderado-severo (dependencia al alcohol)	3.7% (1.05%, 12.3%)	0.5% (0.28%, 1.07%)	0.1% (0.04%, 0.39%)	1.9% (0.63%, 5.68%)
Consumo riesgoso o perjudicial	3.7% (2.39%, 5.81%)	1.7% (0.86%, 3.19%)	0.3% (0.09%, 0.68%)	2.4% (1.67%, 3.43%)
Femenino				
Abstemio	63.8% (56.0%, 70.9%)	84.3% (80.5%, 87.4%)	91.9% (88.9%, 94.2%)	76.5% (72.1%, 80.3%)
Consumo de bajo riesgo	32.7% (26.0%, 40.1%)	15.0% (11.9%, 18.6%)	8.1% (5.84%, 11.1%)	21.7% (18.2%, 25.7%)
Consumo moderado-severo (dependencia al alcohol)	3.0% (0.53%, 15.3%)	0.1% (0.02%, 0.32%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	1.4% (0.24%, 7.09%)
Consumo riesgoso o perjudicial	0.5% (0.23%, 1.17%)	0.7% (0.25%, 1.92%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.5% (0.27%, 1.00%)
Masculino				
Abstemio	45.9% (35.0%, 57.1%)	64.3% (51.9%, 75.0%)	84.9% (79.6%, 89.1%)	58.6% (50.7%, 66.0%)
Consumo de bajo riesgo	42.9% (31.6%, 55.0%)	32.1% (21.9%, 44.3%)	14.3% (10.2%, 19.5%)	34.7% (27.6%, 42.5%)
Consumo moderado-severo (dependencia al alcohol)	4.4% (0.75%, 21.7%)	1.0% (0.49%, 2.15%)	0.3% (0.08%, 0.84%)	2.5% (0.58%, 9.97%)
Consumo riesgoso o perjudicial	6.8% (4.11%, 11.1%)	2.6% (1.16%, 5.85%)	0.5% (0.20%, 1.46%)	4.3% (2.83%, 6.42%)
[†] %				
Abreviacion: CI = Intervalo de confianza				

[†] %

Abreviacion: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.30: Distribución de consumo de alcohol en el último año según frecuencia de consumo por grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

AUDIT	Grupo de Edad			Total N = 3831086 (95% CI) ¹
	De 20 a 39 N = 1,724,036 (95% CI) ¹	De 40 a 64 N = 1,554,694 (95% CI) ¹	Mayor o igual a 65 N = 552,357 (95% CI) ¹	
Frecuencia de consumo de alguna bebida alcohólica				
Cuatro o más veces al mes	5.6% (2.95%, 10.2%)	2.8% (1.71%, 4.49%)	2.0% (1.39%, 3.00%)	3.9% (2.55%, 5.99%)
De 2 a 3 veces al mes	4.2% (2.82%, 6.21%)	3.3% (1.81%, 5.84%)	0.6% (0.31%, 0.99%)	3.3% (2.38%, 4.56%)
De 2 a cuatro veces al mes	8.6% (5.16%, 14.0%)	8.9% (4.78%, 16.0%)	3.0% (1.29%, 6.63%)	7.9% (5.41%, 11.4%)
Nunca	52.3% (45.4%, 59.1%)	71.4% (64.9%, 77.2%)	85.7% (81.9%, 88.8%)	64.9% (60.3%, 69.1%)
Una o menos veces al mes	29.4% (22.6%, 37.2%)	13.6% (11.1%, 16.5%)	8.7% (6.74%, 11.3%)	20.0% (16.4%, 24.1%)
Número de bebidas alcohólicas consumidad habitualmente en un día de consumo normal				
1 ó 2	35.8% (27.2%, 45.5%)	43.1% (33.2%, 53.6%)	76.3% (67.6%, 83.3%)	40.6% (33.8%, 47.8%)
10 o más	3.8% (1.95%, 7.17%)	2.1% (1.03%, 4.09%)	0.6% (0.13%, 2.50%)	3.0% (1.79%, 5.04%)
3 ó 4	42.3% (30.2%, 55.4%)	31.6% (21.8%, 43.3%)	18.1% (12.1%, 26.3%)	37.3% (28.8%, 46.8%)
5 ó 6	14.3% (7.72%, 25.1%)	19.9% (9.57%, 36.8%)	4.8% (2.57%, 8.64%)	15.6% (9.81%, 23.9%)
7,8 ó 9	3.8% (2.01%, 6.93%)	3.4% (1.88%, 5.99%)	0.2% (0.06%, 0.96%)	3.4% (2.17%, 5.37%)
Frecuencia de consumo de 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día				
A diario o casi diario	0.1% (0.02%, 0.42%)	0.4% (0.14%, 0.99%)	0.6% (0.13%, 2.77%)	0.2% (0.10%, 0.45%)
Menos de una vez al mes	26.9% (18.1%, 38.0%)	22.3% (11.9%, 37.9%)	16.5% (9.88%, 26.2%)	24.8% (18.1%, 32.9%)
Mensualmente	12.7% (6.43%, 23.7%)	8.0% (5.19%, 12.2%)	3.0% (1.51%, 5.92%)	10.6% (6.37%, 17.2%)
Nunca	54.3% (42.6%, 65.6%)	59.6% (46.9%, 71.1%)	78.0% (68.3%, 85.3%)	57.5% (49.2%, 65.3%)
Semanalmente	5.9% (3.52%, 9.81%)	9.6% (4.08%, 21.1%)	1.9% (0.79%, 4.70%)	6.9% (4.26%, 11.0%)
Frecuencia en el curso del último año que ha tenido incapacidad de parar de beber una vez haber iniciado				
A diario o casi diario	0.1% (0.02%, 0.34%)	1.1% (0.37%, 2.99%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.4% (0.16%, 1.01%)
Menos de una vez al mes	10.8% (5.20%, 21.0%)	2.6% (1.44%, 4.62%)	2.1% (0.83%, 5.32%)	7.6% (4.00%, 13.9%)
Mensualmente	5.0% (0.96%, 22.4%)	1.2% (0.49%, 3.15%)	0.6% (0.15%, 2.65%)	3.5% (0.82%, 13.8%)
Nunca	83.2% (70.3%, 91.2%)	94.2% (91.1%, 96.3%)	96.2% (92.5%, 98.2%)	87.6% (79.4%, 92.8%)
Semanalmente	0.9% (0.33%, 2.54%)	0.9% (0.33%, 2.31%)	1.0% (0.23%, 4.26%)	0.9% (0.45%, 1.85%)
Frecuencia en el curso del último año no haber realizado lo que se esperaba por haber bebido				
A diario o casi diario	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.5% (0.09%, 2.36%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.2% (0.03%, 0.78%)
Menos de una vez al mes	4.1% (2.11%, 7.87%)	2.1% (1.04%, 4.25%)	1.3% (0.52%, 3.02%)	3.3% (1.94%, 5.51%)
Mensualmente	7.9% (2.32%, 23.7%)	0.9% (0.28%, 2.88%)	0.5% (0.09%, 2.81%)	5.2% (1.62%, 15.3%)
Nunca	87.7% (74.8%, 94.4%)	96.3% (93.6%, 97.9%)	98.2% (96.1%, 99.2%)	91.1% (83.1%, 95.5%)
Semanalmente	0.3% (0.06%, 1.82%)	0.2% (0.06%, 0.67%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.3% (0.07%, 1.00%)
Frecuencia en el curso del último año de necesitar beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior				
A diario o casi diario	0.0% (<0.01%, <0.01%)	0.4% (0.13%, 1.32%)	0.1% (<0.01%, 0.48%)	0.1% (0.04%, 0.43%)
Menos de una vez al mes	9.0% (3.01%, 23.7%)	4.2% (1.76%, 9.54%)	2.4% (1.17%, 5.02%)	7.0% (2.93%, 15.8%)
Mensualmente	1.1% (0.28%, 4.11%)	0.5% (0.10%, 2.83%)	0.2% (0.02%, 1.23%)	0.9% (0.28%, 2.55%)
Nunca	89.9% (75.9%, 96.2%)	94.2% (89.0%, 97.0%)	96.4% (93.1%, 98.1%)	91.7% (83.5%, 96.0%)
Semanalmente	0.1% (0.02%, 0.29%)	0.7% (0.31%, 1.67%)	0.9% (0.19%, 4.40%)	0.3% (0.17%, 0.66%)
Frecuencia en el curso del último año de haber tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido				
A diario o casi diario	0.5% (0.17%, 1.48%)	0.7% (0.25%, 1.82%)	0.5% (0.12%, 2.30%)	0.6% (0.28%, 1.15%)
Menos de una vez al mes	9.3% (4.81%, 17.3%)	7.2% (4.25%, 12.0%)	1.0% (0.41%, 2.19%)	8.1% (5.02%, 13.0%)
Mensualmente	3.6% (0.83%, 14.7%)	1.6% (0.55%, 4.38%)	0.8% (0.13%, 4.60%)	2.8% (0.84%, 8.89%)
Nunca	81.7% (69.1%, 90.0%)	90.1% (84.8%, 93.6%)	97.2% (94.3%, 98.7%)	85.4% (77.5%, 90.9%)
Semanalmente	4.8% (0.84%, 22.9%)	0.5% (0.18%, 1.22%)	0.5% (0.09%, 2.81%)	3.1% (0.60%, 14.5%)
Frecuencia en el curso del último año de no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por haber estado bebiendo				
A diario o casi diario	0.5% (0.15%, 1.93%)	0.4% (0.09%, 1.57%)	0.1% (<0.01%, 0.48%)	0.5% (0.17%, 1.25%)
Menos de una vez al mes	12.1% (6.22%, 22.3%)	13.0% (4.18%, 33.7%)	1.1% (0.38%, 2.90%)	11.8% (6.56%, 20.2%)
Mensualmente	4.6% (0.74%, 23.5%)	1.0% (0.25%, 3.66%)	0.0% (<0.01%, <0.01%)	3.1% (0.60%, 14.5%)
Nunca	82.2% (69.3%, 90.5%)	83.6% (65.2%, 93.3%)	98.0% (95.1%, 99.2%)	83.6% (74.2%, 90.1%)
Semanalmente	0.5% (0.07%, 3.58%)	2.1% (0.43%, 9.17%)	0.9% (0.17%, 4.41%)	1.0% (0.32%, 3.33%)
Frecuencia de heridas propias o a otra persona por haber bebido				
No	94.6% (85.2%, 98.2%)	99.2% (98.1%, 99.6%)	99.4% (98.2%, 99.8%)	96.4% (90.7%, 98.7%)
Sí, el último año	1.6% (0.41%, 5.76%)	0.5% (0.15%, 1.36%)	0.2% (0.03%, 1.51%)	1.1% (0.35%, 3.46%)
Sí, pero no en el curso del último año	3.8% (0.92%, 14.5%)	0.4% (0.12%, 1.21%)	0.3% (0.08%, 1.39%)	2.5% (0.65%, 9.02%)
Frecuencia de preocupación por familiares, amigos o profesional en salud por el consumo de bebidas alcohólicas o ha le han sugerido dejar de beber				
No	84.5% (72.6%, 91.9%)	91.6% (86.5%, 94.8%)	92.5% (83.7%, 96.8%)	87.3% (80.0%, 92.3%)
Sí, el último año	6.4% (3.80%, 10.6%)	7.1% (4.08%, 12.1%)	3.6% (1.97%, 6.44%)	6.5% (4.45%, 9.30%)
Sí, pero no en el curso del último año	9.1% (3.11%, 23.7%)	1.3% (0.63%, 2.68%)	3.9% (0.85%, 16.1%)	6.2% (2.36%, 15.3%)

¹ %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

¹ %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.31: Distribución de frecuencia de hábitos en el consumo de alcohol en el último año según frecuencia de consumo por grupo de edad en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Enfermedad Renal Crónica y Fragilidad

Clasificación de TFGe según estadio según KDIGO	Grupo de Edad			Total N = 3831452 (95% CI) [†]
	De 20 a 39 N = 1,724,401 (95% CI) [†]	De 40 a 64 N = 1,554,693 (95% CI) [†]	Mayor o igual a 65 N = 552,358 (95% CI) [†]	
Total				
KDIGO < G3	99.4% (97.1%, 99.9%)	95.9% (93.8%, 97.3%)	73.9% (66.8%, 79.9%)	92.5% (90.4%, 94.1%)
KDIGO ≥ G3	0.6% (0.14%, 2.88%)	4.1% (2.66%, 6.21%)	26.1% (20.1%, 33.2%)	7.5% (5.85%, 9.56%)
Femenino				
KDIGO < G3	98.6% (94.0%, 99.7%)	95.7% (92.9%, 97.5%)	69.5% (58.6%, 78.6%)	90.8% (87.4%, 93.4%)
KDIGO ≥ G3	1.4% (0.29%, 6.02%)	4.3% (2.53%, 7.13%)	30.5% (21.4%, 41.4%)	9.2% (6.62%, 12.6%)
Masculino				
KDIGO < G3	100.0% (100.0%, 100.0%)	96.2% (92.3%, 98.1%)	79.2% (71.4%, 85.4%)	94.4% (92.1%, 96.0%)
KDIGO ≥ G3	0.0% (<0.01%, <0.01%)	3.8% (1.86%, 7.74%)	20.8% (14.6%, 28.6%)	5.6% (3.98%, 7.90%)

[†] %

Abreviación: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.32: Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica > Grado 3 según grupo de edad y sexo en población mayor de 19 años, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Total	
Clasificación de Fragilidad N = 552,357; [95% CI] ¹	
Total	
Frágil	9.9%; [5.3%, 18%]
No calculable	8.4%; [6.5%, 11%]
Pre-Frágil	31.3%; [25%, 38%]
Robusto (No Frágil)	50.4%; [44%, 57%]
Femenino	
Frágil	12.4%; [5.3%, 26%]
No calculable	8.3%; [6.0%, 12%]
Pre-Frágil	34.1%; [27%, 42%]
Robusto (No Frágil)	45.1%; [37%, 53%]
Masculino	
Frágil	7.1%; [3.3%, 15%]
No calculable	8.4%; [5.6%, 13%]
Pre-Frágil	28.2%; [19%, 40%]
Robusto (No Frágil)	56.3%; [46%, 66%]

¹ %

Abreviacion: CI = Intervalo de confianza

Cuadro 5.33: Distribución de fragilidad en población mayores de 64 años según sexo, % (IC95%), Costa Rica, 2024.

Anexo 11: Resumen

	Ambos Sexos				Masculino				Femenino			
	2024	2018	2014	2010	2024	2018	2014	2010	2024	2018	2014	2010
Diabetes												
Diabetes diagnosticada	14,8	10,9	10,0	9,5	14,8	9,3	10,0	9,5	14,7	12,4	10	9,5
Diabetes no diagnosticada	1,6	3,9	2,8	1,3	1,8	4,6	2,8	1,3	1,4	3,2	2,8	1,3
Prevalencia General	16,4	14,8	12,8	10,8	16,6	13,9	12,8	10,8	16,1	15,6	12,8	10,8
Hipertensión arterial												
Hipertensión diagnosticada	33,6	32,4	31,2	31,5	34,6	32,3	31,2	31,5	32,5	32,4	31,2	31,5
Hipertensión no diagnosticada	6,3	4,8	5,0	6,3	4,7	6,5	5,0	6,3	7,8	3,0	5,0	6,3
Prevalencia General	39,9	37,2	36,2	37,8	37,2	38,8	36,2	37,8	42,4	35,4	36,2	37,8
Dislipidemia												
Dislipidemia diagnosticada	25,0	27,1	25,0	25,3	21,3				28,7			
Tratamiento farmacológico para la dislipidemia	58,4	57,8	63,9	62,1								
Dieta para el control de la dislipidemia	20,8	ND	60,4	56,8								
Consejería para perder peso (%)	18,1	45,4	50,4	47,8								
Tratamiento a base de hierbas ¹	17,6	19,6	22,4	5,0								

Cuadro 6.1: Resumen de resultados de encuestas 2010, 2014, 2018 y 2024.

	Ambos Sexos				Masculino				Femenino			
	2024	2018	2014	2010	2024	2018	2014	2010	2024	2018	2014	2010
Colesterol Total												
<200	54,8	57,4	76,9	58	53,6	57,4	75,1	57,7	56,0	57,4	78,8	58,4
200-240	28,6	29,0	9,3	29,4	29,1	29,3	8,7	29,9	28,1	28,8	10	28,9
>240	16,6	13,5	13,7	12,6	17,4	13,2	16,2	12,5	15,9	28,8	11,2	12,7
Colesterol HDL (Protector)												
Normal	54,0	44,3	59,1	60,7	46,4	51,7	49,2	67,9	61,1	37,4	69,4	53,3
Anormal	46,0	55,7	40,9	39,3	43,6	48,3	50,8	32,1	38,9	62,6	30,6	46,7
Colesterol LDL (Riesgo)												
Normal (<130 mg/dL)	59,3	66,6	71,7	61,8	60,1	68,8	67,8	61,8	58,6	64,6	75,9	61,7
Anormal (≥130 mg/dL)	40,7	33,4	29,3	38,2	39,9	31,2	32,2	38,2	41,4	35,4	24,0	38,3
Triglicéridos												
Normal (<150 mg/dL)	61,3	54,7	54,3	55,2	60,5	50,4	52,5	53,3	62,0	58,7	56,1	56,9
Anormal (≥150 mg/dL)	38,7	45,3	45,8	44,8	39,5	49,6	47,5	46,7	38,0	41,3	43,9	43,1
Antropometría												
Índice de masa corporal - Bajo peso	1,1	0,7	0,9	1,8	1,3	1,1	1,3	1,7	0,9	0,2	0,4	2,0
Índice de masa corporal - Normal	24,3	28,7	33,0	36,1	22,5	31,9	36,8	39,8	26,2	25,2	29	32,2
Índice de masa corporal - Sobrepeso	42,3	39,5	36,8	36,1	49,5	40,1	38,2	37,2	34,6	38,8	35,3	34,8
Índice de masa corporal - Obesidad	32,3	31,2	29,4	26,0	26,7	26,9	23,7	21,2	38,4	35,8	35,3	31,0
Actividad Física												
Intensidad - Baja/Sedentario	ND	36,1	44,6	50,9	ND	30,8	37,9	38,6	ND	41,4	51,5	63,4
Intensidad - Moderada	ND	30,1	21,4	14,8	ND	28,1	20,4	47,2	ND	32,2	22,3	15,4
Intensidad - Alta	ND	33,8	33,9	34,3	ND	41,1	41,7	47,2	ND	26,4	26,2	21,1
Cumplimiento de actividad física												
No cumple recomendación (OMS)	34,5				27,5				41,5			
Sí cumple recomendación (OMS)	65,5				72,5				58,5			
Ingesta de frutas y verduras												
5 o más porciones por día	11,3	41,5	35,9	22,3	9,9	45,4	41,9	24,2	12,6	37,8	29,9	20,4
Fumado												
Fumado en la actualidad	12,2	11,1	13,3	14,2	15,3	15,7	18,8	21,7	9,1	6,6	7,9	6,6
Fumado diario	82,9	65,9	65,9	64,5	80,9	66,1	66,1	67,3	86,3	65,4	65,4	64,5
Consumo de Alcohol												
Durante el último año	ND	55,2	34,8	39,2	ND	46,3	44,4	50,2	ND	32,2	26,8	27,9

Cuadro 6.2: Resumen de resultados de encuestas 2010, 2014, 2018 y 2024.

Referencias

1. World Health Organization. WHO. 2024 [cited 2025 Jun 29]. Non-communicable diseases. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2020 Dec [cited 2025 Jun 29];76(25):2982–3021. Available from: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
3. Ministerio de Salud. MINSA. 2023 [cited 2025 Jun 29]. Análisis de Situación de Salud de Niveles Locales 2023-2024. Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-salud/>
4. United Nations. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals/goal3>
5. Luciani S, Hennis A. Priorities for Cardiovascular Health in the Americas. Key Messages for Policymakers [Internet]. PAHO. Washington, D.C.; 2011 [cited 2025 Jun 29]. 90 p. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50952/9789275132265_eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y
6. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol (2001) [Internet]. Ginebra: OMS; 2001 [cited 2025 Jun 29]. 41 p. Available from: https://www.paho.org/sites/default/files/AUDIT_spa.pdf
7. Van Kan GA, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Vellas B. The I.A.N.A. task force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2008 Jan [cited 2025 Jun 29];12(1):29–37. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1279770723020663?via%3Dihub>

