

Epidemiología de las dislipidemias en Cuba

Epidemiology of Dyslipidemias in Cuba

Oscar Díaz Díaz^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3610-5731>

Patricia Varona Pérez² <https://orcid.org/0000-0001-5811-4674>

Nurys de Armas Rojas³ <https://orcid.org/0000-0002-7593-6757>

Isabel Cristina Puentes Madera⁴ <https://orcid.org/0000-0003-0062-3577>

Yudit García García¹ <https://orcid.org/0000-0002-8217-878X>

¹Instituto de Endocrinología. La Habana, Cuba.

²Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

³Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

⁴Instituto de Angiología y Cirugía Vascular. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: diazdiaz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Los trastornos lipídicos constituyen un importante factor de riesgo cardiometabólico. Por ello, es conveniente conocer con qué frecuencia se presentan en la población para mejorar la actuación ante las personas o comunidades en riesgo. Dentro de un consenso de dislipidemias, es fundamental contar con datos epidemiológicos confiables que actualicen sobre la magnitud de la distribución de los trastornos lipídicos en la población.

Este artículo tuvo como objetivo ofrecer una actualización de las estadísticas epidemiológicas relacionadas con las dislipidemias en Cuba, basada en los estudios

nacionales más recientes y en algunas investigaciones realizadas a nivel municipal. Para esto se analizaron datos disponibles en revisión de trabajos consultados, que permiten conocer la magnitud del fenómeno, tanto a nivel internacional como nacional. A nivel nacional, se consideraron los resultados de la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2010 y de la I Encuesta Nacional de Salud de 2018-2020, liderada por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, con la colaboración de otros centros interesados en el tema. También se incluyeron los datos obtenidos del estudio poblacional llevado a cabo en el municipio de Jaruco liderado por el Instituto de Endocrinología.

Palabras clave: hiperlipidemias; dislipidemias; hipertrigliceridemia; hipercolesterolemia; Cuba.

ABSTRACT

Lipid disorders constitute a major cardiometabolic risk factor. Therefore, it is important to know how frequently they occur in the population to improve interventions for at-risk individuals or communities. Within the context of a consensus on dyslipidemias, it is essential to have reliable epidemiological data that provide an updated picture of the prevalence of lipid disorders in the population.

The objective of this article was to provide an update on epidemiological statistics related to dyslipidemia in Cuba, based on the most recent national studies and some research conducted at the municipal level. To this end, available data were analyzed through a review of consulted studies, which allow for an understanding of the magnitude of the phenomenon, both internationally and nationally. At the national level, the results of the Third National Risk Factors Survey of 2010 and the First National Health Survey of 2018-2020 were considered, led by the National Institute of Hygiene, Epidemiology, and Microbiology, in collaboration with other centers interested in the topic. Data from the population-based study conducted in the municipality of Jaruco, led by the Institute of Endocrinology, were also included.

Keywords: hyperlipidemia; dyslipidemia; hypertriglyceridemia; hypercholesterolemia; Cuba.

Recibido: 06/09/2025

Aceptado: 25/11/2025

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares relacionadas con el proceso de aterosclerosis (ECVA) constituyen la primera causa de muerte en Cuba y en el mundo. La carga global de las dislipidemias (DLP) ha aumentado en los últimos 30 años. El colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad (cLDL) ocupó el puesto 15 como factor de riesgo cardiovascular para mortalidad en 1990, pasó al puesto 11 en 2007 y al 8 en 2019. El rápido crecimiento económico, los cambios en los hábitos alimentarios y la adopción de estilos de vida no saludables han contribuido al aumento de los niveles de lípidos en sangre y, por tanto, a una mayor prevalencia de DLP en los últimos años. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, cada año mueren de manera prematura por enfermedades no transmisibles en todo el mundo 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad. En la Región de las Américas, la cifra es de 2,2 millones de personas por enfermedades de esta causa, antes de cumplir 70 años.^(1,2)

La DLP constituye uno de los principales factores de riesgo; por lo tanto, su identificación temprana y tratamiento oportuno pueden contribuir a la reducción de la tasa de morbilidad y mortalidad. Es conocido que existen diferencias notables en las prevalencias, la tasa de tratamiento y el control de estas entre las diferentes regiones y países. Esto pone de relieve la necesidad de realizar esfuerzos constantes para desarrollar guías de atención a las personas con estas condiciones.⁽³⁾

En un consenso de DLP es obligatorio disponer de datos epidemiológicos que actualicen sobre la magnitud de la distribución de los principales trastornos lipídicos en la población, tanto a nivel internacional como, de forma muy especial, de datos nacionales representativos de la población en estudio.

A nivel nacional, aunque se mencionan algunos estudios previos analizados en el Primer Consenso Nacional de Dislipoproteinemias de 2005,⁽⁴⁾ se utilizarán los resultados de la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2010 y la I Encuesta Nacional de Salud de 2018-2020, liderada por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, y la participación de otros centros. También se utiliza

la información del estudio poblacional realizado en el municipio de Jaruco, debido al elevado número de casos estudiados ($n = 3562$)^(5,6,7)

A continuación, se describe la información general de estudios internacionales que aproximan a las características de la prevalencia de algunas DLP desde el punto de vista epidemiológico.

Estudio CARMELA

El estudio CARMELA (*Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America*) evaluó a 11 550 sujetos de la población general, entre 25 y 64 años, seleccionados en siete grandes ciudades de América Latina. Según los autores, el trastorno lipídico más frecuente fue el colesterol de lipoproteínas de alta densidad (cHDL) bajo, seguido por triglicéridos altos. Hubo diferencias entre las ciudades estudiadas; las cifras de DLP más altas, tanto en hombres como en mujeres, se registraron en Barquisimeto (75,5 % vs. 48,7 %) en comparación con Buenos Aires (50,4 % vs. 24,1 %). La DLP se estableció en presencia de, al menos, una de las siguientes condiciones: triglicéridos $\geq 2,2$ mmol/l (200 mg/dl), colesterol total $\geq 6,2$ mmol/l (240 mg/dl), o cHDL < 1 mmol/l (40 mg/dl), o cLDL no óptimo, o uso de hipolipemiantes. Por su parte, la hipercolesterolemia tuvo una importante prevalencia del 14 % (6-20 %) incluso en ciudades de distintos niveles socioeconómicos, aunque con variaciones entre ellas. Los sujetos con valores elevados de colesterol total presentaron conjuntamente mayor frecuencia de otros factores de riesgo cardiovascular.⁽⁸⁾

El análisis específico realizado con los datos de la Ciudad de México evidenció una prevalencia de hipercolesterolemia (colesterol total $\geq 6,2$ mmol/l) de 16,4 %. El 2,6 % de los sujetos estudiados tuvo valores muy altos de triglicéridos [(triglicéridos $\geq 5,6$ mmol/l (500 mg/dl)] y el 29,9 %, valores altos [(triglicéridos entre 2,2 y 5,5 mmol/l (200 y 499 mg/dl)]. La prevalencia de hipertrigliceridemia fue mayor en hombres (43,3 %) que en mujeres (23 %). De forma similar, los autores observaron que los valores promedio de los parámetros estudiados fueron mayores en los sujetos con otros factores de riesgo cardiovascular.⁽⁹⁾

Estudio *Latin American Consortium of Studies in Obesity* (LASO)

Según el estudio *Latin American Consortium of Studies in Obesity* (LASO) con datos provenientes de 11 estudios poblacionales en Latinoamérica y una muestra de 31 009 participantes, se evidenció la hipoalfalipoproteinemia en 53,3 % (cHDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres) y 25,5 % de prevalencia de hipertrigliceridemia (triglicéridos $\geq$ 150 mg/dl).⁽¹⁰⁾

Ponte-Negretti y otros⁽¹¹⁾ estudiaron la prevalencia de DLP aterogénica en Latinoamérica. Los autores hallaron diferencias metodológicas entre los estudios revisados; sin embargo, el análisis de los estudios disponibles demostró que este tipo de perfil lipídico es frecuente en la región con respecto a otros países. La prevalencia de cHDL bajo es más alta que la documentada en otras partes del mundo, en particular en mujeres. Así, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (NHANES 2009-2010) en E.U.A. mostró una prevalencia de cHDL bajo del 30,1 %, inferior a la reportada en Latinoamérica. Según los autores, la prevalencia de hipertrigliceridemia en los estudios de Latinoamérica fue, en general, más alta que en el estudio NHANES (24,3 %).

Más recientemente, se evidenció que casi la mitad de los adultos (48 %) de Latinoamérica y el Caribe tienen bajos niveles de cHDL. Otros datos del resto de las DLP poseen prevalencias similares: colesterol total alto en 21 %, hipertrigliceridemia 21 % y cLDL alto en 20 %.⁽¹²⁾ Con ello se evidencia una vez más que la disminución del cHDL es la DLP más prevalente en Latinoamérica, al formar parte de las alteraciones lipídicas que definen la DLP aterogénica o como un déficit aislado. Esta lipoproteína en particular es de gran interés actual por su relación con la ECVA, por considerarse útil en los modelos de predicción de riesgo cardiovascular, pero se deben evitar generalizaciones pronósticas y ya no debería permanecer etiquetada como “el colesterol bueno”.

Los resultados de las diferentes encuestas de salud en México evidencian las tendencias actuales con respecto a los niveles de lípidos en sangre. Se ha observado un aumento progresivo en los niveles plasmáticos medios de colesterol. En la primera Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 1993), los niveles medios de colesterol fueron de 4,72 mmol/l (182,7 mg/dl); en la segunda (ENSA, 2000), el valor medio aumentó a 5,1 mmol/l (197,5 mg/dl); y en 2006, fue de 5,13 mmol/l (198,5 mg/dl). La prevalencia de hipercolesterolemia (colesterol $\geq$ 5,2 mmol/l) pasó del 27,1 % en 1993 al 43,6 % en 2006, con un crecimiento alarmante registrado en los grupos más jóvenes de la población. Esta tendencia ascendente también se observó para el cLDL.⁽¹⁴⁾

El trastorno lipídico más frecuente en México es la hipoalfalipoproteinemia (cHDL < 40 mg/dl). Está presente en el 60,5 % de la población mexicana, con mayor prevalencia en hombres. La prevalencia de hipertrigliceridemia (triglicéridos $\geq$ 150 mg/dl) en 1993 fue de 42,3 %, con un valor medio de triglicéridos de 213,4 mg/dl. En la subsiguiente encuesta (2000), los valores medios de triglicéridos fueron de 181,7 mg/dl y disminuyeron a 139,6 mg/dl en el 2006; con un 31,5 % de los adultos mexicanos diagnosticados con hipertrigliceridemia.^(15,16)

Todo lo anteriormente expuesto evidencia la alta prevalencia de DLP en Latinoamérica, con diferencias importantes entre las áreas estudiadas, lo que justifica que sea un tema de particular interés en la actualidad. Este artículo tuvo como objetivo ofrecer una actualización de estadísticas epidemiológicas relacionadas con las dislipidemias en Cuba, basada en los estudios nacionales más recientes y algunas investigaciones realizadas a nivel municipal.

Datos de origen cubano

En la tabla 1 se muestra la prevalencia de hipercolesterolemia por edad y sexo, según los resultados de la I Encuesta Nacional de Salud de 2018-2020, donde se observa una mayor frecuencia de colesterol elevado en las mujeres que en los hombres a partir de los 45 años. La máxima frecuencia se observa en el grupo de 65 a 74 años en ambos sexos y, a partir de esa edad, la declinación es evidente, aunque siempre predominan las mayores frecuencias en las mujeres.

Tabla 1 - Prevalencia de hipercolesterolemia en población cubana de 15 años y más, según edad y sexo (2018-2020)

Edad	Hipercolesterolemia				
	Hombres		Mujeres		Global
	$\geq 5,2$	6,2	$\geq 5,2$	6,2	$\geq 5,2$
15-24	(5,6)	(1,3)	(6,4)	(4,8)	9,2
25-34	(11,6)	(4,2)	(12,2)	(3,3)	15,4

35-44	(15,4)	(6,9)	(16,7)	(6,8)	22,8
45-54	(24,4)	(8,8)	(25,5)	(15,0)	36,2
55-64	(20,4)	(9,7)	(26,8)	(20,6)	39,0
65-74	(24,1)	(11,3)	(28,3)	(21,8)	43,7
75 +	(19,3)	(7,7)	(26,1)	(19,1)	37,3
Total	(17,1)	(6,4)	(20,0)	(12,7)	28,3

Nota: Colesterol total: en mmol/l. Prevalencia x 100 habitantes.

Fuente: A partir de Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.⁽⁶⁾

En la tabla 2 se presentan los datos del proyecto Jaruco, con una mayor frecuencia de hipercolesterolemia en mujeres, más evidente a partir de los 50 años. La diferencia de hipercolesterolemia entre hombres (23,5 %) y mujeres (32,7 %), observada en la I Encuesta Nacional de Salud, y de 20,1 % en hombres y 26,9 % en mujeres en la Encuesta de Jaruco, es coherente en cuanto a las diferencias entre ambos sexos.

Tabla 2 - Prevalencia de hipercolesterolemia en población de Jaruco de 15 años y más, según edad y sexo (2010) (N = 3562)

Edad	Hipercolesterolemia								
	Hombres			Mujeres			Total		
	n	≥ 5,2	Prev	n	≥ 5,2	Prev	n	≥5,2	Prev
15-19	43	3	6,9	43	3	6,9	86	6	6,9
20-29	101	6	5,9	152	16	10,5	253	22	8,7
30-39	209	40	19,1	371	39	10,5	580	79	13,6
40-49	287	58	20,2	451	80	17,7	738	138	18,7
50-59	287	83	28,9	415	179	43,1	702	262	37,3
60-69	274	60	21,9	332	112	33,7	606	172	28,4
70-79	176	35	19,9	205	90	43,9	381	125	32,8
80-89	79	9	11,4	104	40	38,5	183	49	26,8

90 +	18	2	11,1	15	4	26,6	33	6	18,1
Total	1474	296	20,1	2088	563	26,9	3562	859	24,1

Nota: Prev: prevalencia x 100 habitantes. Hipercolesterolemia: colesterol total $\geq 5,2$ mmol/l.

Fuente: A partir de Díaz y otros⁽⁷⁾ y de una investigación epidemiológica para pesquisa de disglucemia en el Municipio de Jaruco en 2010.

En la tabla 3 se resumen los datos sobre hipercolesterolemia antes expuestos con similares criterios diagnósticos. Se comprueba una mayor frecuencia de hipercolesterolemia en mujeres y, además, la tendencia a aumentar esta DLP en el período de 10 años.

Tabla 3 - Resumen de prevalencias de hipercolesterolemia en población de Jaruco y la I Encuesta Nacional de Salud según sexo

Sexo	Hipercolesterolemia	
	Estudio Jaruco (2010)	I Encuesta Nacional de Salud (2018-2020)
Hombres	20,1	23,5
Mujeres	26,9	32,8
Total	24,1	28,3

Nota: Prevalencia por 100 habitantes. Hipercolesterolemia: colesterol total $\geq 5,2$ mmol/l.

Fuente: A partir de Díaz y otros⁽⁷⁾ y de una investigación epidemiológica para pesquisa de disglucemia en el Municipio de Jaruco en 2010.

En la tabla 4 se observan pocas diferencias en la prevalencia de hipertrigliceridemia entre hombres y mujeres; solo una mínima mayor frecuencia en hombres. En ambos casos, las edades con mayor frecuencia de hipertrigliceridemia fueron de 35 a 74 años, mientras que, en la Encuesta Nacional de Salud, la prevalencia de hipertrigliceridemia es superior (34,2 %) a la prevalencia encontrada en Jaruco (27,7 %) (tabla 5).

Tabla 4 - Prevalencia de hipertrigliceridemia en población cubana de 15 años y más, según edad y sexo (2018-2020)

Edad	Hipertrigliceridemia				
	Hombres		Mujeres		Global
	1,7 - 2,25	> 2,25	1,7 - 2,25	>2,25	≥ 1,7
15-24	(12,1)	(10,6)	(11,6)	(9,4)	21,9
25-34	(18,9)	(10,1)	(19,9)	(10,7)	25,0
35-44	(12,4)	(26,9)	(12,3)	(16,2)	33,9
45-54	(19,5)	(25,9)	(17,9)	(19,9)	41,5
55-64	(16,9)	(21,0)	(18,3)	(22,5)	39,4
65-74	(17,9)	(21,1)	(24,0)	(22,0)	42,8
75 +	(16,6)	(16,5)	(20,9)	(16,5)	35,5
Total	(16,5)	(19,2)	(16,1)	(16,9)	34,2
	35,7		33,0		

Nota: Prevalencia x 100 hab. Triglicéridos: en mmol/l.

Fuente: A partir de Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.⁽⁶⁾

Tabla 5 - Prevalencia de hipertrigliceridemia en población de Jaruco de 15 años y más, según edad y sexo (2010) (N = 3562)

Edad	Hipertrigliceridemia								
	Hombres			Mujeres			Total		
	n	≥ 1,7	Prev	n	≥ 1,7	Prev	n	≥ 1,7	Prev
15-19	43	7	16,3	43	10	23,3	86	17	19,8
20-29	101	24	23,7	152	25	16,4	253	49	19,4
30-39	209	82	39,2	371	74	19,9	580	156	26,9
40-49	287	108	37,6	451	115	25,9	738	223	30,2
50-59	287	102	35,5	415	113	27,2	702	215	30,6

60-69	274	85	31,0	332	103	31,0	606	188	31,0
70-79	176	37	21,0	205	57	27,8	381	94	24,7
80-89	79	11	13,9	104	28	26,9	183	39	21,3
90 +	18	3	16,6	15	4	26,6	33	7	21,2
Total	1474	459	31,1	2088	529	25,3	3562	1095	27,7

Nota: Prev: prevalencia x 100 habitantes. Hipertrigliceridemia: triglicéridos $\geq 1,7$ mmol/l.

Fuente: A partir de Díaz y otros⁽⁷⁾ y de una investigación epidemiológica para pesquisa de disglucemia en el Municipio de Jaruco en 2010.

La tabla 6 resume las frecuencias de hipertrigliceridemia de los dos estudios donde se usaron criterios diagnósticos similares. Se comprueba la mayor frecuencia de hipertrigliceridemia en mujeres y, además, la tendencia a aumentar en ambos esta DLP en el período de 10 años.

Tabla 6 - Resumen de prevalencias de hipertrigliceridemia en población de Jaruco y la I Encuesta Nacional de Salud según sexo

Sexo	Hipertrigliceridemia	
	Estudio Jaruco (2010)	I Encuesta Nacional de Salud (2018-20)
Hombres	31,1 x 100	35,7 x 100
Mujeres	25,3 x 100	33,0 x 100
Total	27,7 x 100	34,2 x 100

Nota: Prevalencia x 100. Hipertrigliceridemia: triglicéridos $\geq 1,7$ mmol/l.

Fuente: A partir de Díaz y otros,⁽⁷⁾ de una investigación epidemiológica para pesquisa de disglucemia en el Municipio de Jaruco en 2010, y de Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.⁽⁶⁾

En la tabla 7, en cuanto a la DLP mixta, también se muestra el sexo femenino con la mayor prevalencia de esta. Para la comparación con la Encuesta de 2010, ha de tenerse en cuenta que las cifras diagnósticas fueron diferentes a las actuales. En la Encuesta de 2010 se consideró hipercolesterolemia a los casos con colesterol total $\geq 6,2$ mmol/l e hipertrigliceridemia si triglicéridos $\geq 2,25$ mmol/l, mientras que en la

encuesta actual se usó $\geq 5,2$ mmol/l y $\geq 1,7$ mmol/l, respectivamente. Por estas razones no se puede afirmar que se hayan producido realmente cambios en este período de tiempo, pero sí se puede asegurar que existe una mayor prevalencia de dislipidemia mixta en las mujeres que en los hombres.

Tabla 7 - Prevalencia de dislipidemia mixta en población cubana de 15 años y más, según sexo (2010-2020)

Años	Dislipidemia mixta		
	Hombres	Mujeres	Global
2010	4,5 (4,4-4,6)	4,7 (4,6-4,8)	4,6 (4,5-4,7)
2020	15,6 (11,1-21,4)	18,5 (14,2-22,0)	17 (13,2-22,2)

Nota: Dislipidemia mixta: colesterol total $\geq 5,2$ mmol/l + triglicéridos $\geq 1,7$ mmol/l.

Fuente: A partir de Bonet y otros⁽⁵⁾ e Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.⁽⁶⁾

En la tabla 8, cuando se comparan los resultados del Estudio Jaruco (2010) con la I Encuesta Nacional de Salud (2018-2020), se observa que se ha producido un aumento de la prevalencia de DLP, tanto en el caso de la hipercolesterolemia como en la DLP mixta, sobre todo en la población femenina. No sucedió igual con la hipertrigliceridemia, que mantuvo una prevalencia similar. Las comparaciones entre la III Encuesta de Factores de Riesgo, realizada en 2010, y la I Encuesta Nacional de Salud, de 2018-2020, no se pueden hacer, pues los criterios diagnósticos utilizados tanto para colesterol total como para hipertrigliceridemia fueron diferentes. Sin embargo, si se realiza una comparación entre el estudio del municipio Jaruco, de 2010, donde se utilizaron criterios diagnósticos similares a los de la I Encuesta Nacional de Salud realizada en 2018-2020, se puede apreciar un incremento notable de las DLP en ese período de alrededor de 10 años. Hay que reconocer que esta última comparación también tiene limitaciones, pues, aunque se usan los mismos criterios diagnósticos, los denominadores son diferentes, pero los resultados se muestran más congruentes con la tendencia al aumento de los niveles de DLP en el mundo y probablemente en Cuba.

Tabla 8 - Prevalencia de las principales dislipidemias en tres grandes estudios en Cuba

Estudios	Hipercolesterolemia		Hipertrigliceridemia		Dislipidemia mixta	
	M	F	M	F	M	F
Estudio Jaruco 2010*	20,1	26,9	33,5	32,7	11,6	11,6
III Encuesta de Factores de Riesgo 2009	6,1	10,6	17,2	14,0	4,8	6,6
I Encuesta Nacional de Salud 2020*	23,5	32,7	33,5	32,7	15,6	18,5

Nota: M: masculino, F: femenino. *En la investigación epidemiológica para la pesquisa de disglucemia en el Municipio de Jaruco y en la I Encuesta Nacional de Salud se utilizaron los mismos criterios diagnósticos de dislipidemia. Son los únicos comparables, aunque también con las limitaciones de distintos denominadores.

Fuente: A partir de Díaz y otros,⁽⁷⁾ de una investigación epidemiológica para pesquisa de disglucemia en el Municipio de Jaruco en 2010, de Bonet y otros⁽⁵⁾ y del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.⁽⁶⁾

Un aporte de esta investigación del INHEM es haber obtenido por primera vez en un estudio nacional las medias por edad y sexo del cHDL (tabla 9). Aquí aparece la conocida mayor media en mujeres que en hombres, lo que las protege de la aterosclerosis durante una parte importante de su vida hasta la llegada de la menopausia, en que, aunque conservan el cHDL superior al de los hombres, aparecen otros factores que limitan la acción protectora de los niveles de cHDL.

Tabla 9 - Medias de colesterol HDL en población cubana de 15 años y más según sexo

Sexo	Media de cHDL	(IC 95%)
Mujeres	1,39	1,29-1,49
Hombres	1,30	1,31-1,38
Total	1,35	1,26-1,44

Fuente: A partir de Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.⁽⁶⁾

También se dispone por primera vez de la media de la fracción de colesterol no unida a HDL (colesterol noHDL) (tabla 10), relacionada con el riesgo de complicaciones cardiovasculares, muy usada actualmente en la práctica diaria como objetivo terapéutico. Adicionalmente, se muestran los valores medios de

fracciones lipídicas conocidas como colesterol total, cHDL, colesterol noHDL y triglicéridos.

Tabla 10 - Media de colesterol noHDL en población cubana de 15 años y más según edad y sexo

Edades	Hombres		Mujeres	
	media	IC 95%	media	(IC95%)
15-24	2,60	2,33-2,66	2,75	2,53-2,98
25-34	2,91	2,66-3,16	2,98	2,52-2,98
35-44	3,27	2,92-3,62	3,27	2,92-3,61
45-54	3,55	3,30-3,81	3,54	3,44-3,81
55-64	3,54	3,7-3,90	3,79	3,58-3,99
65-74	3,55	3,33-3,76	3,79	3,58-3,99
75 y más	3,21	3,00-3,42	3,75	3,53-3,96
Total	3,30	3,08-3,51	3,48	3,30-3,65

Nota: Colesterol noHDL en mmol/l IC: 95%.

Fuente: A partir del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.⁽⁶⁾

En la tabla 11 se describen los percentiles del 50 al 95, las medias y los intervalos de confianza a partir de los datos de la I Encuesta Nacional de Salud, para que los interesados en el tema profundicen en cómo se distribuye la población en cuanto a las cifras de diferentes fracciones lipídicas.

Tabla 11 - Percentiles de las medias de concentraciones en sangre de diferentes fracciones lipídicas

Percentiles	50 %	75 %	90 %	95 %
-------------	------	------	------	------

Medidas en mmol/l (intervalos de confianza)				
Colesterol total				
Global	4,49 (4,34-4,63)	5,29 (5,09-5,49)	6,19 (5,95-6,42)	6,79 (6,54-7,05)
Hombres	4,29 (4,14-4,44)	5,09 (4,94-5,24)	5,97 (5,73-6,21)	6,48 (6,14-6,83)
Mujeres	4,59 (4,45-4,74)	5,49 (5,25-7,04)	6,39 (6,13-6,66)	7,04 (6,78-7,29)
cHDL				
Global	1,22 (1,14-1,30)	1,61 (1,50-1,73)	2,05 (1,93-2,16)	2,33 (2,20-2,47)
Hombres	1,19 (1,10-1,27)	1,54 (1,45- 1,64)	1,99 (1,87-2,10)	2,29 (2,19-2,39)
Mujeres	1,29 (1,18-1,40)	1,69 (1,55-1,82)	2,09 (1,99-2,19)	2,39 (2,28-2,50)
Colesterol noHDL				
Global	3,20 (3,04-3,36)	4,04 (3,87-4,20)	4,85 (4,60-5,10)	5,41 (5,21-5,61)
Hombres	3,10 (2,95-3,24)	3,92 (3,71-4,12)	4,69 (4,40-4,98)	5,24 (4,91-5,57)
Mujeres	3,29 (3,13-3,45)	4,13 (3,97-4,30)	4,13 (3,97-4,30)	5,51 (5,37-5,64)
Triglicéridos				
Global	1,29 (1,19-1,39)	1,99 (1,85-2,13)	3,04 (2,62-3,46)	4,28 (3,55-5,01)
Hombres	1,29 (1,19-1,39)	1,99-(1,84-2,14)	3,29 (2,69-3,88)	4,83 (3,73-5,93)
Mujeres	1,28 (1,19-1,38)	1,90 (1,76-2,04)	2,90 (2,57-2,23)	4,02 (3,77-4,77)

Fuente: A partir de Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.⁽⁶⁾

Recomendaciones

Se recomienda unificar los valores a usar en los diferentes estudios de los lípidos, para facilitar las comparaciones que necesariamente ofrecen una posibilidad de evaluar las acciones de salud que se recomendarán.

Quedaría pendiente por definir en el futuro el comportamiento de la lipoproteína (a) y cuál sería la prevalencia de este tipo particular de hiperlipoproteinemia en Cuba; así mismo, sería apropiado mantener la búsqueda activa de personas con hipercolesterolemia familiar y otras dislipoproteinemias primarias.

Conclusiones

La prevalencia de DLP en Cuba es alta de manera general, es mayor en las mujeres que en los hombres. Esto se hace más evidente a partir de las etapas intermedias de la vida de las mujeres, relacionado con el periodo de la menopausia y el efecto concomitante del déficit de estrógenos.

En general, el colesterol total y sus diferentes fracciones presentan concentraciones más altas en mujeres que en hombres; no ocurre lo mismo con los triglicéridos, ligeramente más elevados en las personas del sexo masculino.

Por primera vez se pone a disposición de los interesados en el tema, la importancia de la medición indirecta de las fracciones lipídicas más aterogénicas, como lo es el colesterol no asociado a las HDL.

Es evidente la alta prevalencia de DLP en el período de 2010 al 2020; se han más que triplicado los niveles de algunas de las fracciones lipídicas estudiadas, lo que podría tener repercusión en la morbilidad por ECVA en el país.

Referencias bibliográficas

1. Ray KK, Ference BA, Séverin T, Blom D, Nicholls SJ, Shiba MH, *et al.* World Heart Federation Cholesterol Roadmap 2022. Global Heart.2022; X(X): X. DOI: <https://doi.org/10.5334/gh.1154>
2. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles; s. a. [acceso 09/01/2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
3. Liu T, Zhao D, Qi Y. Global Trends in the Epidemiology and Management of Dyslipidemia. J Clin Med. 2022;11(21):6377. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm11216377>
4. Nasiff Hadad A, Pérez Pérez LM. Primer consenso nacional de dislipoproteinemias: Guía nacional para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las dislipoproteinemias. Rev Cubana Endocrinol. 2006 [\[acceso\]](#)

25/04/2025];Supl17(3). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol17_4_06/endsu406.htm

5. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P, Chang La Rosa M, García Roche RG, Suárez Medina R, Arcia Montes de Oca N, et. al. III Encuesta de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [acceso 16/01/2025]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/encuesta_nacional_completo.pdf

6. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología, y Microbiología. Informe técnico sobre la I Encuesta Nacional de Salud de 2018-2020. La Habana, 2025 [inédito].

7. Díaz Díaz O y Grupo multisectorial para la pesquisa activa de la diabetes en Jaruco. Informe preliminar. La Habana, 2010.

8. Vinueza R, Boissonnet CP, Acevedo M, Uriza F, Benitez FJ, Silva H, CARMELA Study Investigators. Dyslipidemia in seven Latin American cities: CARMELA study. Prev Med. 2010;50(3):106-11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.12.011>

9. Escobedo-de la Peña J, de Jesús-Pérez R, Schargrotsky H, Champagne B. Prevalencia de dislipidemias en la Ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Resultados del estudio CARMELA. GacMed Mex. 2014 [acceso 02/09/2024];150(2):128-36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2014/gm142c.pdf>

10. Miranda JJ, Herrera VM, Chirinos JA, Gómez LF, Perel P, Pichardo R, et al. Major cardiovascular risk factors in Latin America: a comparison with the United States. The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO). PLoSOne. 2013;8:e54056. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054056>

11. Ponte-Negretti CI, Isea-Pérez J, Lanas F, Medina J, Gómez-Mancebo J, Morales E, et al. Atherogenic dyslipidemia in Latin America: prevalence, causes and treatment. Consensus. Rev Mex Cardiol. 2017 [acceso 19/07/2025];28(2):57-85. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-21982017000200057&lng=es

12. Carrillo-Larco RM, Benites-Moya CJ, Anza-Ramírez C, Albitres-Florez L, Sánchez-Velasco D, Pacheco-Barrios N, et al. A systematic review of population-based studies on lipid profiles in Latin America and the Caribbean. Elife. 2020;9:e57980. DOI: <https://doi.org/10.7554/eLife.57980>

13. Xiang AS, Kingwell BA. Rethinking good cholesterol: a clinician's guide to understanding HDL. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7(7):575-82. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30003-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30003-8)
14. Villalpando S, Shamah-Levy T, Rojas R, Aguilar-Salinas CA. Trends for Type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors in Mexico from 1993-2006. *Salud Publica Mex.* 2010;52(Suppl 1):S72-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0036-36342010000700011>
15. Aguilar-Salinas CA, Gómez-Pérez FJ, Rull J, Villalpando S, Barquera S, Rojas R. Prevalence of dyslipidemias in the Mexican national health and nutrition survey. *Salud Pública Mex.* 2006; 2010 [acceso 23/03/2024];52(Supl 1):S44-53. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2010.v52suppl1/S44-S53>
16. Rivas-Gómez B, Almeda-Valdés P, Tussié-Luna MT, Aguilar-Salinas CA. Dyslipidemia in Mexico: A Call for Action. *Rev Invest Clin.* 2018;70(5):211-6. DOI: <https://doi.org/10.24875/RIC.18002573>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.