

Multimed 2025; 29: e2921

Artículo original

Factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica en el consejo popular de Vista Alegre

Risk factors associated with ischemic heart disease in the popular council of Vista Alegre
Fatores de risco associados à cardiopatia isquêmica no conselho popular de Vista Alegre

Geovanny Machado Mendez ^{1*}  <https://orcid.org/0009-0007-5184-8190>

Ana Julia Quezada Font ¹  <https://orcid.org/0000-0001-6765-0532>

Deilis Pérez Martínez ¹  <https://orcid.org/0000-0003-0435-7907>

Ana Mirtha Guzmán Ortiz ¹  <https://orcid.org/0009-0008-5298-4634>

Carlos Mario Morales García ¹  <https://orcid.org/0000-0001-9575-2667>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Bayamo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. E-mail: geovanismh@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: las cardiopatías isquémicas ocupan el primer lugar en relación con las 10 primeras causas de muerte en Cuba.

Objetivo: determinar los factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica.

Métodos: se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles con una relación 1:2, de esta forma la muestra estuvo representada por 167 casos y 334 controles.

Resultados: el sexo femenino representó el 62,9 % de los casos y el grupo de edad de 65 años con 54,4 % mostró la mayor frecuencia. El consultorio médico de mayor tasa de prevalencia fue el de Pueblo



Nuevo I con 5,6 x 100 000 habitantes. Los factores de riesgos con más grado de asociados y atribución fueron en orden decreciente, la hipertensión arterial odd ratio 5,9. El tabaquismo odds ratio 4,3. La diabetes mellitus odd ratio 3,8.

Conclusiones: la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes mellitus, los antecedentes familiares de cardiopatía, la dislipidemia, el alcoholismo y el sedentarismo, fueron los factores de riesgo clásicos para la enfermedad cardiovascular, asociados a cardiopatía isquémica en el territorio objeto de estudio, lo que demuestra que existe una sólida evidencia científica de su asociación causal.

Palabras clave: Factores de riesgo; Causalidad; Probabilidades.

SUMMARY

Introduction: ischemic heart disease ranks first among the top 10 causes of death in Cuba.

Objective: to determine the risk factors associated with ischemic heart disease.

Methods: an analytical observational study of cases and controls was carried out with a 1:2 ratio, in this way the sample was represented by 167 cases and 334 controls.

Results: females accounted for 62.9 % of the cases, and the 65-year-old age group with 54.4 % showed the highest frequency. The medical office with the highest prevalence rate was that of Pueblo Nuevo I with 5.6 per 100,000 inhabitants. The risk factors with the highest degree of associated and attribution were, in descending order, arterial hypertension with an odd ratio of 5.9. Smoking moodds ratio 4.3. Diabetes mellitus odds ratio 3.8.

Conclusions: arterial hypertension, smoking, diabetes mellitus, family history of heart disease, dyslipidemia, alcoholism and sedentary lifestyle were the classic risk factors for cardiovascular disease, associated with ischemic heart disease in the territory under study, which demonstrates that there is solid scientific evidence of its causal association.

Keywords: Risk factors; Causality; Probabilities.

RESUMO



Esta obra de Multimed se encuentra bajo una licencia
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Introdução: a doença isquêmica do coração ocupa o primeiro lugar entre as 10 principais causas de morte em Cuba.

Objetivo: determinar os fatores de risco associados à doença isquêmica do coração.

Métodos: foi realizado um estudo observacional analítico de casos e controles com uma proporção de 1:2, desta forma a amostra foi representada por 167 casos e 334 controles.

Resultados: o sexo feminino representou 62,9 % dos casos, sendo que a faixa etária de 65 anos, com 54,4 %, apresentou a maior frequência. O consultório médico com maior prevalência foi o de Pueblo Nuevo I, com 5,6 por 100.000 habitantes. Os fatores de risco com maior grau de associação e atribuição foram, em ordem decrescente, a hipertensão arterial, com razão de chances de 5,9. Razão de chances de tabagismo 4,3. Razão de chances de diabetes mellitus 3,8.

Conclusões: hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus, história familiar de cardiopatia, dislipidemia, etilismo e sedentarismo foram os fatores de risco clássicos para doença cardiovascular, associados à doença isquêmica do coração no território em estudo, o que demonstra que há evidências científicas sólidas de sua associação causal.

Palavras-chave: Fatores de risco; Causalidade; Probabilidades.

Recibido: 29/10/2024

Aprobado: 23/09/2025

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un grave problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) representa la principal causa de muerte y de discapacidad en todo el mundo, son responsables de un tercio de todos los fallecimientos y de la mitad de los



Esta obra de Multiméd se encuentra bajo una licencia
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

ocurridos por enfermedades no transmisibles. Se predice que anualmente las muertes por enfermedades cardiovasculares aumentarán de 17,1 millones en 2004 a 23.4 millones en 2030. ⁽¹⁾

La enfermedad coronaria es prevenible de forma integral, así como los impactos negativos una vez presente. Muchas muertes son evitables con una actuación precoz y la mayoría de los pacientes que superan la fase crítica pueden ser incorporados a su vida habitual. ⁽²⁾

Entre estos factores de riesgos (FR) mayormente identificados en las enfermedades del corazón se encuentran los no modificables (la herencia genética, la edad, el sexo) y los modificables (hipercolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, obesidad, sedentarismo y alcoholismo). ⁽³⁾

La presencia de los principales factores de riesgo no significa que se vaya a padecer de una enfermedad coronaria, pero sí es cierto que, a mayor número de factores de riesgo, más probabilidades de enfermar. En este caso el futuro depende en gran medida del propio sujeto y de la decisión, voluntad y perseverancia para modificar el estilo de vida. ^(2,3)

Las enfermedades cardiovasculares produjeron solamente en La Habana 2705 defunciones en el 2021 con una tasa de mortalidad de 476,6 x 100 000 habitantes. En Granma representó la primera causa de muerte en los últimos años, con tasa bruta de 340,7 x 100000 habitantes en ese período, frente a una de 251,6 x 100 000 habitantes en el año anterior. Es apreciable el aumento de un 35,4 % y su tendencia es ascendente para los próximos años. ⁽⁴⁾

En el municipio de Media Luna durante el 2021 ocurrieron un total de 388 defunciones, de las cuales 110 fueron de causa cardiovascular para el 28,4 %, una tasa de 339,7 x 100 000 habitantes y su letalidad fue 21,5. Dentro del municipio fue el consejo popular 06 de Vista Alegre el de mayor tasa de mortalidad por esta causa con 470,0 x 100000 habitantes y su letalidad fue de 20,3.

Métodos



Se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles (testigos) con 501 pacientes pertenecientes a los consultorios de médicos de la familia del consejo popular 06 de Vista Alegre del policlínico docente Raúl Podio Saborit, de Media Luna, en el período comprendido desde el primero de enero del 2021 hasta el 31 de diciembre del propio año.

El universo estuvo constituido por 7102 pacientes pertenecientes a los siete consultorios médicos que conforman dicho consejo popular 06 durante el año 2021.

El tamaño de la muestra para estudios de casos y controles se determinó mediante muestreo probabilístico de tipo estratificado, la cual quedó finalmente conformada por 167pacientes en condición de casos (pacientes diagnosticados con la entidad en estudio) y se seleccionó de forma pareada por cada caso, dos controles (personas que no presentaron cardiopatía isquémica durante el estudio). De esta manera se investigaron 334 controles según el apareamiento utilizado, para un total de 501 personas.

Definición de casos y controles

Criterios de inclusión para los casos: pacientes mayores de 18 años, diagnosticados con cardiopatía isquémica en sus diferentes formas de presentación clínica (paro cardíaco, angina de pecho, infarto agudo del miocardio, insuficiencia cardíaca, arritmias), que pertenezcan al consejo popular de Vista Alegre y que manifestaron su voluntad a participar en la investigación.

Criterios de exclusión para los casos: otra forma clínica de enfermedad cardiovascular.

Criterios de inclusión para los controles: que no presenten ninguna evidencia de cardiopatía isquémica.

Criterios de exclusión para los controles: la detección de síntomas y signos de la enfermedad en estudio. Cambio de domicilio fuera del consejo.

Criterios de salida: fallecimiento antes de la toma de los datos.

Operacionalización de las variables

Variable dependiente. Cardiopatía isquémica, variable cualitativa nominal dicotómica, (presente 1/ ausente 2).



Variables independientes:

Edad, variable cuantitativa discreta, en años cumplidos.

Sexo, variable cualitativa nominal dicotómica (masculino/femenino).

Antecedentes patológicos familiares (herencia): presente (expuesto) 1 / ausente (no expuesto) 2, el hábito de fumar (Tabaquismo), variable cualitativa nominal dicotómica: presente (expuesto) 1/ ausente (no expuesto) 2.

La obesidad, variable cualitativa nominal dicotómica: presente (expuesto) 1 / ausente (no expuesto) 2.

El sedentarismo variable cualitativa nominal dicotómica: presente (expuesto) 1 / ausente (no expuesto) 2.

La HTA, variable cualitativa nominal dicotómica: presente (expuesto) 1 / ausente (no expuesto) 2.

La diabetes mellitus variable cualitativa nominal dicotómica: presente (expuesto) 1 / ausente (no expuesto) 2.

Dislipidemia, variable cualitativa nominal dicotómica: presente (expuesto) 1 / ausente (no expuesto) 2.

Recolección de datos.

La recolección de los datos primario se desarrolló en los consultorios del médico de la familia a través de revisión de la historia clínica individual de cada uno de los pacientes estudiados, historia de salud familiar e interrogatorio a los médicos y enfermeras de la familia correspondientes. Esta actividad estuvo a cargo de los propios investigadores, lo que permitió uniformidad en la recogida de los datos, por tanto, disminución del sesgo del observador, luego se confeccionó una hoja de cálculo con los datos recolectados para un primer análisis de la información.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales, (programa IBM SPSS Statistics, del inglés, ([StatisticalPackageforthe Social Sciences](https://www.ibm.com/press/us/en/pressrelease/69100.shtml)); en su versión 25.0 mediante el cual se caracterizó la muestra, lo que implicó una descripción de todas las variables y posteriormente se determinó el grado de asociación entre ellas; se calcularon los odds ratio, riesgo atribuible y el riesgo atribuible porcentual.



Resultados

En la presente investigación el grupo de edad de 65 años y más fue el más representativo con 91 casos, para el 54,5 % y el menos afectado fue el grupo con edades comprendidas entre 18 y 49 años con un 6,0 %. Predominó el sexo femenino con 6 pacientes para el 60 %. El mayor número de casos lo aportó el consultorio médico de la familia de Pueblo Nuevo I con 41 pacientes, que representó el 24 % de la totalidad de los casos y el de menor número fue el de Chucho Reyes con 15 casos, para el 8,9 % del total.

El consultorio médico de la familia de Pueblo Nuevo I fue el de mayor tasa de prevalencia con un valor de 5,6 x 100 000 habitantes, y el de menor tasa fue de Pueblo Nuevo II con una de 1,7 x 100 000 habitantes. Este resultado orienta sobre donde se deben realizar mayores acciones de intervención.

En la presente investigación el grupo de edad más afectado estuvo representado por los de 65 años y más con 91 casos, representando el 54,5 %. La asociación de la hipertensión arterial (HTA) y la cardiopatía isquémica tiene un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. En el estudio se identificó que dicha asociación presentó el siguiente comportamiento, el 71,3 % en los casos y el 28,7 % en los controles. En las mediciones de asociación empleadas, el odds ratio (OR) 5,9, riesgo atribuible (RA) 0,4, riesgo atribuible porcentual (RA%) de 69,8 %. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los casos y controles según la hipertensión arterial.

Hipertensión arterial	Casos	%	Controles	%	Total	%
Presente	119	71,3	96	28,7	215	42,9
Ausente	48	28,7	238	71,3	286	57,1
Total	167	100	334	100	501	100
OR:6,1 RA:0,3 RA %: 69,8 %						



Con relación al tabaquismo este representó el 62,9 % en los casos y el 28,4 %. Los riesgos calculados para esta variable fueron OR 4,3, riesgo atribuible (RA) 0,32 y riesgo atribuible porcentual (RA%) de 61,5. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de los casos y controles según el tabaquismo.

Tabaquismo	Casos	%	Controles	%	Total	%
Presente	105	62,9	95	28,4	200	39,9
Ausente	62	37,1	239	71,6	301	60,1
Total	167	100	334	100	501	100
OR:4,3 RA:0,32 RA%: 60,8						

La diabetes mellitus (DM) representó el 58,1 % en los casos y en los controles el 26,9 %. Las medidas de asociación para las misma arrojaron los siguientes resultados: OR 3,8, el riesgo atribuible 0,3 y el riesgo atribuible porcentual 58,8.

La historia familiar de cardiopatía isquémica es uno de los principales determinantes de riesgo coronario, estuvo representada por el 67,7 % de los casos y en los controles el 40,1 %, los cálculos de los riesgos fueron: el odds ratio 3,1, riesgo atribuible 0.24 y el riesgo atribuible porcentual 53.3 %.

La obesidad representó el 61,7 % de los casos y el 38,0 % en los controles, OR 2,6 un riesgo atribuible 0.21, riesgo atribuible porcentual 47.7 %. El 59,3 % de los casos presentó trastornos con los lípidos y el 46,1 % en los controles. Sus medidas de asociación: OR 1,7, riesgo atribuible 0,12, riesgo atribuible porcentual 30.8 %. El alcoholismo represento el 28,1 % en los casos y el 23,1 % en los controles. Los resultados para los diferentes riesgos: OR 1,3 riesgo atribuible 0.06 riesgo atribuible porcentual 16,2 %. El sedentarismo representó el 62,9 % de los casos y el 58,1 % en los controles. OR 1,2, riesgo atribuible 0,05 y riesgo atribuible porcentual 14,3 %.

Discusión

En el estudio predominó el sexo femenino, similar resultado arrojó el estudio realizado por Paz Clara, el cual mostró predominio del sexo femenino sobre el masculino.⁽⁵⁾

Investigaciones nacionales como la realizada por Pérez Martínez en el Hospital Celia Sánchez Manduley,⁽⁶⁾ y otros estudios internacionales como el desarrollado por Castro-Bolívar difieren de este resultado.⁽⁷⁾

En cuanto al sexo, el riesgo cardiovascular de la mujer es más bajo pues está relacionado con el efecto protector hormonal de los estrógenos, aunque el riesgo posmenopáusico es alto.

La edad es uno de los factores de riesgo no modificables más poderosos en el desarrollo de enfermedad cardiovascular. En la investigación fueron mayoría los pacientes con más de 65 años, lo cual concuerda con datos obtenidos en investigaciones precedentes como la realizada en España por Sacramento y colaboradores, donde la edad media del estudio resultó ser de 67 años.⁽⁸⁾

De igual manera, el panorama de salud del adulto mayor en Cuba señala como primera causa de muerte a las enfermedades del corazón.⁽⁹⁾ Esta situación genera un reto mayor para la atención especializada y de calidad hacia el adulto mayor. El estudio reveló que los pacientes que presentan HTA tienen más riesgo de desarrollar la enfermedad, al igual que Diaztagle Fernández quien demostró que el riesgo de isquemia coronaria es mayor en pacientes con hipertensión arterial.⁽¹⁰⁾ Los hallazgos sugieren la necesidad de optimizar la pesquisa de HTA en el nivel primario de atención de todo el país. El tabaquismo, incrementa aproximadamente 4 veces la probabilidad de desarrollar la enfermedad, que en aquellos que no lo presentan. Estudios en Cuba y en Las Américas arrojan que el tabaquismo es responsable del 25,1 % de la cardiopatía isquémica, otros estudios realizados por la OPS avalan estos resultados.⁽¹¹⁾ Es prioritario recomendar de manera especial la práctica diaria del ejercicio, el deporte y actividades culturales como forma de evitar el consumo del cigarro.

Por la evidencia obtenida en la investigación se infiere que las personas que presentan diabetes mellitus tienen mayor riesgo de presentar CI que aquellas personas que aún no han desarrollado dicha enfermedad, esto también fue demostrado por Valdés-Ramos, quien presenta personas con DM en las



que la cardiopatía isquémica muestra una mortalidad entre 2 a 4 veces más que la población general.⁽¹²⁾

La diabetes mellitus se considera como un “equivalente de riesgo de cardiopatía isquémica” y merece una consideración especial, al ser un factor de riesgo que ha aumentado su prevalencia en personas jóvenes. El consumo de vegetales es fundamental en la prevención de las ENT por su efecto protector contra las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus.

Las personas que presentaron antecedente patológicos familiares tiene 3 veces mayor riesgo de presentar la CI. Pérez Guerrero agrega que la historia familiar de cardiopatía isquémica es uno de los principales factores de riesgo coronario.⁽¹³⁾ Si bien los factores hereditarios o genéticos de riesgo de enfermedades del corazón aumentan la susceptibilidad a la enfermedad y no son modificables, la prevención y control, se basa fundamentalmente en los cambios de los estilos de vida.

La obesidad en la investigación presentó un comportamiento del cual se puede decir que si una persona es obesa tiene mayor riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica que aquella que no la presenta, de lograr un adecuado control de este factor de riesgo se reduciría la incidencia de manera significativa. Lo anteriormente expuesto es avalado por Pereira Rodríguez quien plantea que los individuos obesos tienen casi el doble de probabilidad de padecer episodios cardiacos a lo largo de su vida con relación a los que no la presentan, además incrementa la mortalidad de los pacientes y disminuye la esperanza y calidad de vida, especialmente en adultos jóvenes.⁽¹⁴⁾ La educación nutricional es quizás el aspecto más importante para un programa completo de control del peso, así como la evaluación nutricional es la mejor manera de determinar si efectivamente se satisfacen las necesidades alimenticias de las personas.

Con relación a los lípidos, los resultados arrojaron que las cifras elevadas de colesterol en sangre son proporcionales a desarrollar una cardiopatía, aproximadamente 2 veces más que aquellas que presentan cifras normales (hábitos alimentarios saludables), de lograr un buen control metabólico se lograría reducir la incidencia. Díaz-Perera Fernández realizó estudios en los que demostró el alto riesgo de asociación de este factor, lo cual demuestra la similitud con la investigación realizada.⁽¹⁵⁾



La variabilidad de los lípidos en sangre está determinada por factores endógenos relacionados con el metabolismo del individuo, y por factores exógenos o ambientales. Existe una relación directa entre los elevados niveles de lípidos en sangre y la alimentación inadecuada, el sedentarismo y los hábitos tóxicos. Promover estilos de vida saludables en la población es uno de los retos de la salud pública contemporánea.

Las personas que están expuestas al alcohol presentan una mayor probabilidad de desarrollar una CI que aquellas que no presentan ese hábito, la incidencia de enfermedades cardiacas se ven reducidas si se logra su eliminación y puede ser atribuida en un gran porcentaje a las CI. Con relación a los demás factores de riesgo, aunque en la investigación no constituyó el de mayor grado de asociación, sí existe evidencia de su relación con las enfermedades del corazón como el alcoholismo así lo expresa Acosta-Ricachi.⁽¹⁶⁾ El consumo de alcohol se incrementa en dependencia de la edad y se manifiesta cuando llega la adolescencia. Es preciso reforzar estrategias de salud pública dirigidas hacia las acciones de sensibilización sobre consecuencias del consumo excesivo del alcohol.

Los resultados de esta investigación llevan a la conclusión de que aquella persona que no realiza actividad física en su vida cotidiana tiene mayor riesgo de presentar un evento cardiaco isquémico que aquellos que realizan una actividad física sistemática. Diversas publicaciones han puesto de manifiesto los marcados beneficios del ejercicio físico en la prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica. En un estudio de Mendoza García S y colaboradores se demostró que personas activas presentan un riesgo menor de muerte por enfermedades coronarias que en individuos sedentarios.⁽¹⁷⁾

En la investigación, los factores riesgo con grado de asociación a la cardiopatía isquémica fueron la HTA, el hábito de fumar, la diabetes mellitus, presenta semejanza con estudios de otras regiones de las Américas como es el caso de Peña Mesías quien estableció que los principales factores de riesgos ligados a las enfermedades isquémicas del corazón son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, tabaquismo, dislipidemia, sobrepeso, obesidad, consumo de bebidas alcohólicas, inactividad física, sedentarismo, factores hereditarios e inadecuada alimentación los cuales influyen en la presencia o en desarrollo de dicha enfermedad.⁽¹⁸⁾



Los factores predisponentes a enfermedades no transmisibles están asociados a estilos de vida no saludables, constituyen un problema a enfrentar por la atención primaria de la salud, por tanto, se requieren acciones intersectoriales y de participación comunitaria para modificarlos.

La identificación de los factores de riesgo para el desarrollo de la cardiopatía isquémica, servirá como guía a los médicos de asistencia, para actuar y reducir la ocurrencia de la enfermedad en pacientes con factores de riesgo.

Conclusiones

El resultado obtenido en la investigación demostró la relación directa entre el envejecimiento, la aparición de eventos cardiovasculares, y el predominio del sexo femenino sobre el masculino. Los factores de riesgo más asociados la cardiopatía isquémica en el territorio objeto de estudio en orden descendente fueron la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes mellitus, los antecedentes familiares, la dislipidemia, el alcoholismo y en último lugar, el sedentarismo.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. Ginebra: OPS; 2024. [citado 10/02/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
2. Grillo Martín M, Mezquia de Pedro N, González-García S. Tablas de predicción de riesgo cardiovascular empleadas en Cuba. Rev. cuba. cardiol. cir. cardiovasc [Internet]. 2023 [citado 10/02/2025]; 29(1): e1408. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/1408/pdf>.
3. Viéitez Flórez JM, García Rivas S, Zamorano Gómez JL. Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, medidas preventivas y tratamiento no farmacológico. Medicine



- [Internet]. 2021 [citado 28/7/2021]; 13(37): 2119-70. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541221001773>.
4. Cuba. Ministerio de salud Pública. Anuario estadístico de salud. Cuba 2021 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2022. [citado 1/03/2022]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2022/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2021.-Ed-2022.pdf>.
5. Paz CI, Ledezma BM, Rivera Diana M, Salazar ML, Torres MV, Patiño FR, et al. Relación de la capacidad funcional y la funcionalidad familiar con la fragilidad en adultos mayores con riesgo cardiovascular en el suroccidente colombiano. Biomedica [Internet]. 2024 [citado 05/10/2024]; 44: 537-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v44n4/2590-7379-bio-44-04-537.pdf>.
6. Pérez-Martínez D, Enamorado-Anaya AR, Zamora-ReytorL, Morales-Sosa M, Verdecia-Pompa A. Factores psicológicos protectores y desestabilizadores en pacientes con cardiopatía isquémica. Multimed [Internet]. 2022 [citado 1/05/2022]; 26(4): e2151. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v26n4/1028-4818-mmed-26-04-e2151.pdf>.
7. Castro-Bolívar JF, Castro-Vega O. Factores de riesgo cardiovasculares y su prevalencia en pacientes de 18 a 66 años hospitalizados en una clínica de tercer nivel de Barranquilla. Rev. OFIL·ILAPHAR [Internet]. 2022 [citado 21/03/2022]; 32(2): 129-36. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ofil/v32n2/1699-714X-ofil-32-02-129.pdf>.
8. Sacramento-Pacheco J, Sánchez-Gómez MB, Gómez-Salgado J, Novo-Muñoz MM, Duarte-Clíments G. Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in Spain: A Systematic Review. J Clin Med [Internet]. 2023 [citado 21/10/2023]; 12(21): 6944. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm12216944>.
9. Pérez Álvarez DA, Vitón-Castillo AA, Bustinzuriaga Marto I, Díaz Pita G, Díaz Esquivel AM. Riesgo cardiovascular en adultos mayores del Policlínico “5 de Septiembre” de Consolación del Sur. Univ. Méd. Pinareña [Internet]. 2022 [citado 23/03/2023]; 18(4): e924. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/924/pdf>.
10. Diaztagle Fernández JJ, Canal Forero JE, Castañeda González JP. Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. REPERT MED CIR [Internet]. 2022 [citado 15/12/2022]; 31(3): 230-41. Disponible en:



<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1160/2213>.

11. Organización Panamericana de la Salud. El impacto económico y social del tabaquismo [Internet]. Washington, DC: OPS; 2021. [citado 15/12/2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/sesion-1-impacto-economico-social-tabaquismo>.
12. Valdés-Ramos E, Álvarez-Aliaga A. Características clínicas de pacientes con diabetes mellitus complicados con cardiopatía isquémica. Multimed [Internet]. 2022 [citado 15/12/2022]; 26(2): e2633. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v26n2/1028-4818-mmed-26-02-e2633.pdf>.
13. Pérez Guerrero JL, W Arias Salazar. Agregación familiar para cardiopatía isquémica. Rev. Finlay [Internet]. 2022 [citado 15/12/2022]; 12(3): 314-21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2022/fi223h.pdf>.
14. Pereira-Rodríguez JE, Peñaranda-Florez DG, Pereira-Rodríguez R, Pereira-Rodríguez P, Santamaría-Pérez KN. Respuestas cardiovasculares de pacientes con obesidad en la prueba de esfuerzo. CorSalud [Internet]. 2020 [citado 12/12/2022]; 12(2): 162-72. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cs/v12n2/2078-7170-cs-12-02-162.pdf>.
15. Díaz-Perera-Fernández G, Alemañy-Díaz-Perera C, Alemañy-Pérez E. Enfermedades consecuentes del aterosclerosis en población atendida por cuatro consultorios médicos. Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2022 [citado 12/12/2022]; 61(4): e1625 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v61n4/1561-302X-med-61-04-e1625.pdf>.
16. Acosta-Ricachi C, Quinapanta-Serrano S, Moina-Veloz Á. Alcoholismo y respuesta inflamatoria: implicaciones en la enfermedad hepática y cardiovascular. Revista Finlay [Internet]. 2024 [citado 05/10/2024]; 14(3): 322-9. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1427/2446>.
17. Mendoza García SJ, Delgado JC, Caldrón Moreira MC, Castro Soriano AB, Bajaña FA, Erazo Villacreses ML. Prevención de paciente con problemas de sedentarismo cardiovascular. Dom. Cien [Internet]. 2019 [citado 9/10/2025]; 5(1): 32-52. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6869947>.



18. Peña Mesías MA, Reyes Santana BG, Durán Cañarte AL. Enfermedades isquémicas del corazón y factores de riesgo en la población adulta mayor de Latinoamérica. MQR Investigar [Internet]. 2023 [citado 13/02/2023]; 7(1): 653-71. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/186/715>.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de Autoría

Geovanny Machado Méndez: diseño del estudio, revisión bibliográfica, recolección de la información, redacción, revisión crítica del artículo y aprobación del informe final.

Ana Julia Quezada Font: revisión bibliográfica, revisión crítica del artículo y aprobación del informe final.

Deilys Pérez Martínez: diseño del estudio, revisión bibliográfica, recolección de la información, revisión crítica del artículo y aprobación del informe final.

Ana Mirtha Guzmán Ortiz: diseño del estudio, revisión bibliográfica, recolección de la información

Carlos Mario Morales: diseño del estudio, revisión bibliográfica, recolección de la información y aprobación del informe final.

