

Atención al riesgo cardiovascular en la atención primaria de salud

Cardiovascular risk care in primary health care

Atenção ao risco cardiovascular na atenção primária à saúde

Naifi Hierrezuelo Rojas Rojas ^{I*}  <https://orcid.org/0000-0001-5782-4033>

German del Rio Caballero ^{II}  <https://orcid.org/0000-0002-9857-9596>

Joel Rafael Martínez Montoya ^{III}  <https://orcid.org/0009-0008-3511-8419>

Ana Josefa Limia Domínguez ^{IV}  <https://orcid.org/0000-0001-8812-1365>

Jorge Cruz Llaugert ^{IV}  <https://orcid.org/0000-0001-5830-0290>

^I Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Policlínico Ramón López Peña. Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Centro de Desarrollo Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Joaquín Castillo Duany. Santiago de Cuba, Cuba

^{III} Facultad 2 de Medicina. Santiago de Cuba, Cuba.

^{IV} Policlínico Carlos J. Finlay. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para correspondencia: naifi.hierrezuelo@infomed.sld.cu

RESUMEN

La atención primaria de salud de alta calidad es fundamental para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, debido a la oportunidad de evaluar los riesgos y proporcionar intervenciones farmacológicas y de estilo de vida. El médico de familia es la



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

persona clave para iniciar, coordinar y realizar el seguimiento de estas enfermedades. Con el objetivo de describir el nivel de desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral en la atención al riesgo cardiovascular, se realizó un estudio descriptivo transversal, en 27 especialistas de Medicina General Integral, que prestaban asistencia médica en los Consultorios Médicos de la Familia del policlínico docente Ramón López Peña de Santiago de Cuba, en el periodo correspondiente de enero a junio del 2024 que aceptaron participar en la investigación, en un contexto natural donde se desarrolla de forma cotidiana el campo de acción. Se utilizó como variable de caracterización: desempeño profesional, y sus dimensiones asistenciales, comunicación, superación, científica-investigativa y bioética. Se empleó técnicas de estadística descriptiva (número y porciento). Los indicadores mostraron que los médicos no dominan la dimensión asistencial, comunicativa, superación y científica-investigativa ($\geq 69\%$), en tanto el 100 % de la casuística domina la dimensión bioética. El análisis final de este instrumento mostró que la variable obtiene un valor de 28,4 % califica en la tabla de decisiones en no domina. En los documentos revisados se corrobora que las dimensiones de manera reiterada, presentan gran nivel de afectación, excepto la bioética. Para su solución, se han trazado pocas estrategias, de ahí el vacío de competencias que poseen los profesionales del primer nivel de atención.

Palabras clave: Desempeño; Medicina familiar; Competencia clínica; Bioética; Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

High-quality primary health care is essential for the prevention of cardiovascular diseases, due to the opportunity to assess risks and provide pharmacological and lifestyle interventions. The family physician is the key person to initiate, coordinate, and follow up these conditions. With the aim of describing the level of professional performance of specialists in Comprehensive General Medicine in the care of cardiovascular risk, a cross-



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

sectional descriptive study was conducted with 27 specialists in Comprehensive General Medicine who provided medical care at the Family Doctors' Offices of the Ramón López Peña Teaching Polyclinic in Santiago de Cuba, between January and June 2024, and who agreed to participate in the research, in a natural context where daily practice takes place. The characterization variable used was professional performance and its care, communication, professional development, scientific-research, and bioethical dimensions. Descriptive statistical techniques (number and percentage) were used. The indicators showed that physicians do not master the care, communication, professional development, and scientific-research dimensions ($\geq 69\%$), while 100 % of the cases mastered the bioethical dimension. The final analysis of this instrument showed that the variable obtained a value of 28,4 %, qualifying in the decision table as not mastered. The reviewed documents confirm that these dimensions repeatedly show a high level of affectation, except for bioethics. Few strategies have been established to solve this situation, leading to a gap in competencies among professionals at the first level of care.

Keywords: Performance; Family medicine; Clinical competence; Bioethics; Primary Health Care.

RESUMO

A atenção primária à saúde de alta qualidade é fundamental para a prevenção das doenças cardiovasculares, devido à oportunidade de avaliar os riscos e fornecer intervenções farmacológicas e de estilo de vida. O médico de família é a pessoa-chave para iniciar, coordenar e realizar o acompanhamento dessas doenças. Com o objetivo de descrever o nível de desempenho profissional do especialista em Medicina Geral Integral na atenção ao risco cardiovascular, foi realizado um estudo descritivo transversal com 27 especialistas em Medicina Geral Integral que prestavam assistência médica nos Consultórios do Médico de Família do policlínico docente Ramón López Peña, em Santiago de Cuba, no período de janeiro a junho de 2024, que aceitaram participar da pesquisa em um contexto natural onde



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

o campo de ação se desenvolve diariamente. Utilizou-se como variável de caracterização: desempenho profissional e suas dimensões assistenciais, comunicação, aprimoramento profissional, científico-investigativa e bioética. Empregaram-se técnicas de estatística descritiva (número e percentual). Os indicadores mostraram que os médicos não dominam as dimensões assistencial, comunicativa, de aprimoramento e científico-investigativa ($\geq 69\%$), enquanto 100 % dos casos domina a dimensão bioética. A análise final deste instrumento mostrou que a variável obteve um valor de 28,4 %, classificando-se na tabela de decisões como não domina. Nos documentos revisados se corrobora que as dimensões, de maneira reiterada, apresentam elevado nível de afetação, exceto a bioética. Para sua solução, poucas estratégias foram traçadas, evidenciando um vazio de competências entre os profissionais do primeiro nível de atenção.

Palavras-chave: Desempenho; Medicina de família; Competência clínica; Bioética; Atenção Primária à Saúde.

Recibido: 7/05/2025

Aprobado: 25/11/2025

Introducción

La determinación del riesgo cardiovascular global (RCG) se refiere a la estimación de la probabilidad de que un individuo presente un evento cardiovascular fatal o no fatal, en un periodo de tiempo determinado, generalmente de cinco o 10 años, existiendo varias escalas con ese objetivo. ⁽¹⁾

La estratificación del RCG mediante escalas es un pilar fundamental para la toma de decisiones terapéuticas en el primer nivel de atención y su determinación constituye la



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

piedra angular para poder establecer políticas de prevención para las enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas (ECVA).⁽²⁾

En el transcurso del tiempo el conocimiento sobre la mejor manera de medir y responder al riesgo ha evolucionado. En la antiguedad, los factores de riesgo individuales eran medidos y manejados en forma aislada. Pero este abordaje ha sido reemplazado por las escalas de riesgo que calculan el riesgo total en base a una serie de factores. La integración de calculadoras de riesgo a los paquetes de *software* administrativos, así como su disponibilidad en internet, han incrementado su accesibilidad para los médicos del primer nivel de asistencia.⁽³⁾

La información aportada por las escalas de estratificación del riesgo tiene diferentes utilidades. Idealmente, no debería influir en la prescripción de las medidas preventivas relacionadas con el estilo de vida que hay que recomendar a todos los individuos con independencia de su riesgo a corto o largo plazo. Sí contribuye, como se comenta en otros artículos,^(4,5) a decidir la pertinencia y la intensidad del tratamiento farmacológico y las cifras objetivo en el caso de variables mensurables como la PA o los lípidos plasmáticos.

El médico de familia es la persona clave para iniciar, coordinar y realizar el seguimiento en la prevención de la ECVA. La atención primaria tiene un papel único en la identificación de las personas con RCG alto, para decidir qué intervenciones están más indicadas en ellas, sin olvidar que el abordaje de la prevención de la ECV debe ser multidisciplinar y con una buena coordinación entre niveles asistenciales.⁽⁶⁾

En Cuba en el año 2021 se actualizó la guía de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la HTA,⁽⁷⁾ donde se ha puesto especial énfasis en el RCG, el objetivo es controlar eficazmente los factores de riesgo y reducir la morbilidad de estas enfermedades.

Para cumplir esta meta, será necesario aumentar los profesionales dotados de competencias, así como incrementar las intervenciones para prevenir, diagnosticar, tratar y atender los casos de alto riesgo en el nivel primario de atención médica.⁽⁸⁾ De lo anterior se deduce la importancia de la necesidad de profundizar y fomentar el manejo de esta



entidad con el fin de consolidar conocimientos teóricos adquiridos durante el pregrado y postgrado.

El nivel de desarrollo alcanzado en la salud pública cubana, así como la voluntad política de incrementar la exigencia en los niveles de formación y superación de sus recursos, garantiza una vía importante para elevar la calidad de los servicios del sistema mediante el mejoramiento del desempeño de la profesión.⁽⁹⁾

El desempeño profesional es un proceso pedagógico desarrollado por un sujeto a través de relaciones de carácter social que se establece en la aplicación de métodos para el cumplimiento de su contenido de trabajo, en correspondencia con los objetivos de la actividad profesional en que participa y el logro de un resultado que evidencia el mejoramiento profesional, institucional y social alcanzado; la atención a la educación de su competencia laboral y la plena comunicación y satisfacción individual al ejercer sus tareas con cuidado, precisión, exactitud, profundidad, originalidad y rapidez.⁽¹⁰⁾

En el orden de las ideas anteriores, el desempeño profesional del especialista en MGI abarca un gran espectro de destrezas, valores y hábitos que, expresados en la atención a los pacientes con riesgo cardiovascular, cobran significación ética y social.

El objetivo de la presente investigación se encamina a describir el nivel de desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral en la atención al riesgo cardiovascular.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en 27 especialistas de Medicina General Integral (MGI), que prestaban asistencia médica en los Consultorios Médicos de la Familia (CMF) del policlínico docente Ramón López Peña de Santiago de Cuba, en el periodo correspondiente de enero a junio del 2024 que aceptaron participar en la investigación, en un contexto natural donde se desarrolla de forma cotidiana el campo de acción.



No se calculó muestra pues se trabajó con el total de especialistas del área de salud antes mencionada

Se aplicaron métodos teóricos:

Histórico-lógico, analítico-sintético e inductivo-deductivo: para el análisis de los conceptos teóricos, la progresión en el tratamiento del tema y la fundamentación de la investigación.

Métodos empíricos: revisión documental.

Los autores definieron como única variable: desempeño profesional: Entiéndase como proceso pedagógico desarrollado por un sujeto a través de relaciones de carácter social que se establece en la aplicación de métodos para el cumplimiento de su contenido de trabajo, en correspondencia con los objetivos de la actividad profesional en que participa y el logro de un resultado que evidencia el mejoramiento profesional, institucional y social alcanzado.

(10)

Las dimensiones e indicadores a evaluar fueron las siguientes:

- Dimensión asistencial: entendida como la capacidad de demostrar el dominio de conocimientos para la atención integral al paciente con riesgo cardiovascular, para aplicar el método clínico epidemiológico al realizar la exploración del estado cardiovascular del paciente. Cuatro sub indicadores

- Interrogatorio exhaustivo con la identificación de los factores de riesgo cardiovasculares
- Examen físico completo, incluye perímetro de cintura, presión de pulso y fondo de ojo
- Indicación de exámenes laboratorio (glicemia, colesterol, triglicéridos, electrocardiograma, microalbuminuria)
- Estratifica el riesgo cardiovascular
- Tratamiento adecuado según riesgo cardiovascular
- Interconsulta con especialidades afines a pacientes de alto riesgo cardiovascular



- Seguimiento del paciente según riesgo cardiovascular
- Dimensión comunicación: entendido como los conocimientos, habilidades, actitudes y valores para la comunicación adecuada con el individuo, familia, comunidad y otros profesionales de la salud, lo cual garantiza la obtención y transmisión de la información necesaria.
- Orientación en relación a los factores de riesgos identificados
 - Orientación en relación al riesgo cardiovascular
 - Orientación en relación al seguimiento del paciente
- Dimensión superación: Expresó el nivel de actualización en temas referidos al riesgo cardiovascular. Esta guarda estrecha relación con la función docente, vista en su actuar responsable desde la educación en el trabajo, mediante la superación permanente y continuada
- Participa en conferencias especializadas relacionadas al tema
 - Participa en talleres impartidos
 - Participa en cursos y entrenamientos
- Dimensión científica-investigativa: Expresó las habilidades investigativas del profesional. Se refiere a la frecuencia con que participa en actividades científicas y demuestra la capacidad para aplicar el método científico como herramienta que permite identificar, analizar y resolver problemas inherentes a su quehacer profesional. Se relaciona con la función científico-investigativa del médico especialista, al constituir un medio para dar solución a los problemas de salud.



- Publica artículos científicos
- Ha tutorado investigaciones científicas
- Participa en eventos científicos como ponente para socializar sus resultados.

- Dimensión bioética: Expresó la preparación del especialista en Medicina General Integral para asumir los principios éticos y valores morales en la vida social y profesional; así como el cumplimiento de leyes y normas, que le permitan interactuar con el equipo básico de salud, pacientes y familiares.

- Las historias clínicas estaban bien resguardadas, garantizándose la confidencialidad y privacidad de la información
- Acceso sólo del equipo básico de salud

Para evaluar los datos obtenidos, se aplicó una guía para revisión documental, que permitió valorar a través de diferentes documentos el comportamiento del desempeño del MGI en la atención al paciente con riesgo cardiovascular, en diferentes actividades y contextos de trabajo como: actividad asistencial en el consultorio del médico y enfermera de la familia; revisión del análisis de la situación de salud del consultorio y del área de salud; y revisión de los planes de superación del departamento docente del Policlínico docente Ramón López Peña.

Además, se revisaron un total de 1111 historias clínicas individuales (HCI), las cuales fueron seleccionadas de la población de hipertensos, para el cálculo de la muestra mínima necesaria se utilizó la fórmula para muestras finitas. Una vez calculada la muestra, se utilizó el muestreo estratificado proporcional y aleatorio, que indicó las historias clínicas que se necesitaron por consultorio, cuya sumatoria coincidió con el cálculo muestral mínimo.

Para evaluar los datos obtenidos, se aplicó la siguiente escala de valoración:

Dimensión asistencial, comunicación y bioética.



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

1. Domina. (D) Si se consideró existía pleno dominio de la habilidad que manifiesta el indicador
2. Domina parcialmente (DP). Si se consideró existía un dominio parcial de la habilidad que manifiesta el indicador
3. No domina (ND). Si se consideró no existía dominio de la habilidad que manifiesta el indicador.

Dimensiones superación y científica-investigativa

- Siempre (S). Cuando realizó la actividad de manera regular
- A veces (AV). Cuando realizó la actividad de forma esporádica
- Nunca (N). Cuando no realizó la actividad

Se determinó la escala de valoración integral con los siguientes rangos que se muestra a continuación:

D y S, en el intervalo racional de $100 \% \leq x \geq 90\%$

DP y AV, en el intervalo racional de $89 \% \leq x \geq 70$

ND y N, en el intervalo racional de $\leq 69\%$

Se promedió los valores de los intervalos empleados lo que permitió asociar los resultados de las diferentes escalas para su posterior análisis, comparación y conclusiones. Para cuantificar los resultados cualitativos se asignó a cada una un intervalo determinado. El coeficiente de ponderación se asignó según criterios personales, aunque se siguió la lógica del procedimiento.

Una vez recolectada la información, se procesó de forma computarizada en una computadora personal Core i3, para lo que se creó una base de datos en el programa SSPS 11.5 para Windows que facilitó el análisis de la información. Se utilizaron aplicaciones de Microsoft Word 2016 y Microsoft Excel 2016. Para el análisis de los datos se empleó el número absoluto y el porcento como medidas de resumen.



En la investigación realizada, los datos obtenidos se utilizaron con fines científicos y siguieron los principios y recomendaciones para los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Se solicitó el consentimiento informado a los profesionales y la investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de investigación y Consejo Científico de la institución.

Resultados

En la revisión de las historias clínicas individuales, los criterios en relación con la dimensión asistencial no fueron dominados, siendo los más representativos, la estratificación del riesgo cardiovascular, la interconsulta con especialidades afines a pacientes de alto riesgo cardiovascular, tratamiento y seguimiento adecuado según riesgo cardiovascular con el 17,1 % respectivamente (tabla 1).

Tabla 1. Valoración de la dimensión asistencial.

Criterios	Indicador		Estándar	Evaluación
	No.	%		
Interrogatorio exhaustivo con la identificación de los factores de riesgo cardiovasculares	210	18,9	≥ 69	ND
Examen físico completo, incluye perímetro de cintura, presión de pulso y fondo de ojo	200	18,0	≥ 69	ND
Indicación de exámenes laboratorio (glicemia, colesterol, triglicéridos, electrocardiograma, microalbuminuria)	200	18,0	≥ 69	ND
Estratifica el riesgo cardiovascular	190	17,1	≥ 69	ND
Tratamiento adecuado según riesgo cardiovascular	190	17,1	≥ 69	ND
Interconsulta con especialidades afines a pacientes de alto riesgo cardiovascular	190	17,1	≥ 69	ND
Seguimiento del paciente según riesgo cardiovascular	190	17,1	≥ 69	ND

Leyenda: ND (No domina)

Fuente: Historia Clínica Individual

En relación a la comunicación, 270 historias clínicas (24,3 %), evidenciaron una adecuada orientación al paciente. El resultado general de la dimensión fue No domina (ND) (tabla 2).

Tabla 2. Valoración de la dimensión comunicación.



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

Criterios	Indicador		Estándar %	Evaluación
	No.	%		
Orientación en relación a los factores de riesgos identificados	270	24,3	≥ 69	ND
Orientación en relación al riesgo cardiovascular	270	24,3	≥ 69	ND
Orientación en relación al seguimiento	270	24,3	≥ 69	ND

Leyenda: ND (No domina)

Fuente: Historia Clínica Individual

Del análisis de la dimensión superación, de las evidencias mostradas en el departamento docente, 15 médicos (55,5 %) nunca habían participado en conferencias especializadas relacionadas con el tema, en talleres, cursos y entrenamientos (tabla 3).

Tabla 3. Valoración de la dimensión superación.

Criterios	Frecuencia					
	Nunca		A veces		Siempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Participación en conferencias especializadas relacionadas a la atención al riesgo cardiovascular	15	55,5	7	25,9	5	18,5
Participación en talleres	15	55,5	7	25,9	5	18,5
Participación en cursos y entrenamientos	15	55,5	7	25,9	5	18,5

Fuente: Documentos de departamento docente de la institución

Al analizar la dimensión científica-investigativa, los 27 profesionales encuestados (100 %), no publica artículos científicos, no han tutorado ni realizado oponencias de investigaciones científicas relacionadas con el tema, ni se analiza en los Análisis de la Situación de Salud. (tabla 4).

Tabla 4. Valoración de la dimensión científica-investigativa.

Criterios	Frecuencia					
	Nunca		A veces		Siempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Publica artículos científicos	27	100	0	0	0	0



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

Ha tutorado investigaciones científicas	27	100	0	0	0	0
Ha realizado oponencias de investigaciones	27	100	0	0	0	0
Análisis del riesgo cardiovascular en el Análisis de la Situación de Salud	27	100	0	0	0	0
Participa en eventos científicos como ponente para socializar sus resultados.	15	55,5	7	25,9	5	18,5

La dimensión bioética no tuvo afectada, pues el 100 % de las historias clínicas estaban bien resguardadas, garantizándose la confidencialidad y privacidad de la información plasmada en la misma, con acceso sólo del equipo básico de salud.

El análisis final de este instrumento nos muestra que la variable obtiene un valor de 28,4 % califica en la tabla de decisiones en no domina (ND).

Discusión

Según afirma Girwar et al., ⁽¹¹⁾ las predicciones de los resultados de salud a través de la estratificación del riesgo se pueden utilizar para adaptar la atención clínica proactiva, para instalar medidas preventivas, para reestructurar la atención sanitaria y para mejorar la información de los profesionales sanitarios. A largo plazo, este enfoque ayudará a mejorar la calidad de la atención y reducir los costos.

Volker et al., ⁽¹²⁾ recomiendan, que la prevención primaria de las ECV se base en la evaluación y el tratamiento del RCG, pero existen pruebas de lagunas en la práctica de la investigación, con inconsistencias en el uso de las herramientas y directrices de evaluación del riesgo, consejos sobre intervenciones en el estilo de vida y prescripción de medicamentos preventivos.

Los autores de este trabajo, comparten el criterio de Jansen et al., ⁽¹³⁾ que si bien es probable que estos déficits se deban a muchos factores, incluidos los desafíos en el manejo de diversas poblaciones de pacientes y la variabilidad en la motivación de los pacientes, los



datos más detallados sobre por qué esto ocurre a nivel de los proveedores de atención médica son limitados, lo que dificulta las estrategias prácticas para mejorar su diagnóstico y prevención.

Estos resultados difieren de lo hallado por Gupta et al., ⁽¹⁴⁾ en el que la mayoría de los médicos (74 %) realizaron anualmente la evaluación del RCG en pacientes elegibles. Estas divergencias pueden deberse que no es hasta el año 2017 en la Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial, ⁽¹⁵⁾ donde se hace énfasis por primera vez en la evaluación del RCG.

Una revisión sistemática realizada por Ju et al., ⁽¹⁶⁾ capturó una amplia gama de perspectivas de los médicos de cabecera en diferentes entornos, e incluyó actitudes relacionadas con diversas estrategias de prevención de ECVA. Sin embargo, existieron algunas limitaciones potenciales. No fue posible diferenciar si los médicos de familia utilizaban una evaluación de riesgo absoluto o un enfoque de factores de riesgo individuales, y si las perspectivas eran diferentes en la prevención primaria y secundaria, ya que no se especificaron en la mayoría de los estudios. No se incluyeron investigaciones cubanas en los resultados.

Aunque las pautas de predicción cardiovascular son recomendadas por las guías para evaluar el RCG, algunos estudios, ^(17,18) han demostrado su escasa utilización por parte de los médicos en la atención primaria de salud. En Cuba, en la revisión realizada, se encontraron pocos estudios sobre la evaluación de riesgo cardiovascular en este contexto.

Los autores del presente estudio coinciden con Fernández et al., ⁽¹⁹⁾ al plantear que la necesidad de preparación de los profesionales que laboran en la atención primaria, apuntan a que los conocimientos que poseían los médicos de familia habían sido adquiridos durante su formación, y que poseen una baja percepción de la necesidad de prevenir las enfermedades, pues es hoy una realidad que los modelos de formación profesional han estado permeados por un enfoque predominantemente curativo.

Los autores de este trabajo coinciden con el criterio de German et al., ⁽²⁰⁾ de que los profesionales de la atención primaria de salud, un campo centrado en la práctica de la



prevención primordial, primaria y secundaria de todas las enfermedades cardiovasculares, deben asumir un papel de liderazgo para optimizar la atención, al tiempo que promueven un estilo de vida saludable.

A juicio de estos autores, se necesita una reforma radical para mejorar el desempeño de los especialistas del primer nivel de atención, y estén bien equipados para llenar el vacío mientras se mantienen a la vanguardia de la atención de la ECVA.

El estudio tiene como principales limitaciones, que el número de bibliografías para comparar los resultados fue muy escasa, las pocas investigaciones consultadas, sólo determinan el nivel de conocimientos de los factores de riesgo cardiovasculares. Además, sólo se utilizó como instrumento de evaluación la revisión documental, por lo que no hubo triangulación de resultados.

Conclusiones

En los documentos revisados se corrobora que las dimensiones presentan gran nivel de afectación, excepto la bioética. Para su solución, se han trazado pocas estrategias, de ahí el vacío de competencias que poseen los profesionales del primer nivel de atención.

Referencias bibliográficas

1. Muthee TB, Kimathi D, Richards GC, Etyang A, Nunan D, Williams V, et al. Factors influencing the implementation of cardiovascular risk scoring in primary care: a mixed-method systematic review. *Implement Sci [Internet]*. 2020 [citado 24/07/2024]; 15(1): 57-73.
Disponible en:
https://PMC7370418/pdf/13012_2020_Article_1022.pdf



-
2. Paramio Rodríguez A, Letrán Y, Requesen RL, Hernández M. Riesgo Cardiovascular Global en el consultorio 10 del Policlínico Mártires de Calabazar. Municipio Boyeros. Rev Cub Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2021 [citado 24/07/2024]; 27(1): 1-7. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/1008>.
3. Neumann JT, Thao LTP, Callander E, Carr PR, Qaderi V, Nelson MR, et al. A multistate model of health transitions in older people: a secondary analysis of ASPREE clinical trial data. Lancet Healthy Longev [Internet]. 2022 [citado 24/07/2024]; 3(2): e89-e97. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8880962/>
4. Sofogianni A, Stalikas N, Antza C, Tziomalos K. Cardiovascular Risk Prediction Models and Scores in the Era of Personalized Medicine. J Pers Med [Internet]. 2022 [citado 18/10/2024]; 12(7): 1180-91. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9317494/pdf/jpm-12-01180.pdf>
5. Rikhi R, Shapiro MD. Assessment of ASCVD Risk in Primary Prevention. J Cardiopulm Rehabil Prev [Internet]. 2022 [citado 18/11/2025]; 42(6): 397–403. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9802028/pdf/nihms-1834135.pdf>
6. World Health Organization. Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being. Primary health care policy paper series [Internet]. Washington: WHO Regional Office for Europe. 2023 [citado 24/07/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/item/WHO-EURO-2023-7497-47264-69316>
7. Pérez MD, Valdés Y, Pérez L, López C, Jimenez A, Orduñez P, et al. Hipertensión arterial en el adulto. Guía de actuación para la atención primaria de salud [Internet]. La Habana: MINSAP; 2021. [citado 24/07/2024]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/hipertension/files/2022/02/GU%C3%8DA-DE-ACTUACI%C3%93N-FINAL-6.12.21.pdf>
8. Mora-Rojas RB, Villalobos-Bolívar GE, Mosquera-Hurtado IY. Competencias del profesional de la salud en la Atención Primaria de Salud. Rev Cub Med Gen Integr [Internet].



- 2024 [citado 24/07/2024]; 40: e2952. Disponible en:
<https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2952/725>
9. Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista. Lineamientos de la política económica y social del partido y la revolución para el período 2021-2026 [Internet]. La Habana: PCC; 2021.70p.
- [citado 24/7/2024]. Disponible en:
https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/cuba_conceptos_y_lineamientos_2021_2026.pdf
10. Valle Llufrío P. del. Modelo de competencias profesionales específicas para la formación de los especialistas en gastroenterología. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2022 [citado 24/07/2024]. Disponible en: <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2023/06/Tesis-Competencias-profesionales-especificas-GastroenterologiaDr.-Pedro-Del-Valle.pdf>
11. Girwar SM, Jabroer R, Fiocco M, Sutch SP, Numans ME, Bruijnzeels MA. A systematic review of risk stratification tools internationally used in primary care settings. Health Sci Rep [Internet]. 2021 [citado 24/07/2024]; 4(3): e329. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8299990/pdf/HSR2-4-e329.pdf>
12. Volker N, Davey RC, Cochrane T, Wiliams LT, Clancy T. Improving the prevention of cardiovascular disease in primary health care: the model for prevention study protocol. JMIR Res Protoc [Internet]. 2014 [citado 24/11/2025]; 3: e33. Disponible en:
<doi:10.2196/resprot.2882>
13. Jansen J, McKinn S, Bonner C, Irwig L, Doust J, Glasziou P, et al. General practitioners' decision making about primary prevention of cardiovascular disease in older adults: a qualitative study. PLoSOne [Internet]. 2017 [citado 24/07/2025]; 12: e0170228. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170228>
14. Gupta M, Singh N, Tsigoulis M, Kajil M, Hirjikaka S, Quan A, et al. Perceptions of Canadian primary care physicians towards cardiovascular risk assessment and lipid management. Can



J Cardiol [Internet]. 2012 [citado 24/11/2025]; 28(1): 14-9. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.cjca.2011.09.014>.

15. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, Noval García R. de la, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev cubana med [Internet]. 2017 Dic [citado 24/11/2025]; 56(4): 242-321. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf>

16. Ju I, Banks E, Calabria B, Ju A, Agostino J, Korda RJ, et al. General practitioners' perspectives on the prevention of cardiovascular disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. BMJ Open [Internet]. 2018 [citado 24/11/2025]; 8: e021137. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/11/e021137.full.pdf>

17. Brotons C, Lobos JM, Royo-Bordonada MÁ, Maiques A, de Santiago A, Castellanos Á, et al. Implementation of Spanish adaptation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in primary care. BMC Fam Pract [Internet]. 2013 [citado 26/11/2025]; 14: 36. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3608081/pdf/1471-2296-14-36.pdf>

18. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J [Internet]. 2021 [citado 26/11/2025]; 42(34): 3227-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2022.018>

19. Fernández-Luque MJ, Sánchez-Gómez LM, Aldeguer VP, Suárez-Fernández, C, Sierra-García B, Mayayo-Vicente S, et al. Efficacy of a Strategy for Implementing Guidelines for the Control of Cardiovascular Risk in Primary Health care. World J Cardiovasc Dis [Internet]. 2020 [citado 26/11/2025]; 10(3): 117-30. Disponible en: <https://doi.org/10.4236/wjcd.2020.103013>



-
20. German CA, Baum SJ, Ferdinand KC, Gulati M, Polonsky TS, Toth PP, et al. Defining preventive cardiology: A clinical practice statement from the American Society for Preventive Cardiology. Am J Prev Cardiol [Internet]. 2022 [citado 26/11/2025]; 12(2020): 100432. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9679464/pdf/main.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de autoría

Conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, recursos, software, supervisión, validación y Visualización: Naifi Hierrezuelo Rojas.

Investigación: Naifi Hierrezuelo Rojas, German del Rio Caballero

Administración de proyecto: German del Rio Caballero.

Redacción - borrador original: Naifi Hierrezuelo Rojas, German del Rio Caballero, Joel Rafael Martínez Montoya, Ana Josefa Limia Domínguez, Jorge Cruz Llaugert.

Redacción - revisión y edición: Naifi Hierrezuelo Rojas, German del Rio Caballero, Joel Rafael Martínez Montoya, Ana Josefa Limia Domínguez, Jorge Cruz Llaugert.



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