

## **Riesgo cardiovascular global en el adulto joven en un policlínico de Santiago de Cuba**

Global cardiovascular risk in a young adult at a polyclinic in Santiago de Cuba

Diana Rosa Olivares Alvarez <sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1209-1363>

Yanet Veranes Mustelier <sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4797-7041>

Oneida Tarazón Miclín <sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0163-3494>

Martha Campos Muñoz <sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6057-0097>

Elsie Amparo Chiang Cutie <sup>4</sup> <https://orcid.org/0009-0009-2838-5321>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba

<sup>2</sup> Dirección General de Salud Pública. Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>3</sup> Policlínico Carlos Juan Finlay. Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>4</sup> Policlínico 30 de Noviembre. Santiago de Cuba, Cuba.

\* Autor para la correspondencia. [decfac1@infomed.sld.cu](mailto:decfac1@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte y discapacidad en el mundo. El riesgo cardiovascular global en adultos jóvenes es un tema poco estudiado en la atención primaria de salud en Cuba. Siendo uno de los problemas de base la aterosclerosis, que avanza con el paso de los años, por lo que cuando aparecen los síntomas, suele estar ya en una fase avanzada.

**Objetivo:** Describir los factores de riesgo cardiovascular global en adultos jóvenes pertenecientes al policlínico Carlos J. Finlay.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el policlínico "Carlos J. Finlay" del municipio Santiago de Cuba, en el periodo de un año, en la población de adultos jóvenes de ambos sexos en edades comprendidas entre 25 y 44 años.



**Resultados:** Los resultados muestran que hay predominio del riesgo cardiovascular en los adultos jóvenes entre los 25 a 34 años (78,4 %), resultado altamente significativo, con mayor incidencia en féminas (61,1 %), siendo los factores de causa cardiaca que más prevalecen, el tabaquismo, el alcoholismo y la diabetes mellitus.

**Conclusiones:** Quedó demostrado que existe un elevado número de adultos jóvenes con riesgo cardiovascular global, lo que los predispone a desarrollar una enfermedad de este tipo en el futuro.

**Palabras clave:** adulto joven; riesgo cardiovascular; muerte.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cardiovascular diseases represent the leading cause of death and disability worldwide. Global cardiovascular risk in young adults is a topic that has been scarcely studied in primary health care in Cuba. Atherosclerosis constitutes one of the underlying pathological processes, which progresses over the years; therefore, by the time symptoms manifest, the disease is usually already in an advanced stage.

**Objective:** To describe the global cardiovascular risk factors in young adults belonging to the Carlos J. Finlay polyclinic.

**Methods:** A descriptive, cross-sectional study was conducted at the "Carlos J. Finlay" polyclinic in the municipality of Santiago de Cuba, over a one-year period, in a population of young adults of both sexes aged between 25 and 44 years.

**Results:** The results showed a predominance of cardiovascular risk in young adults between 25 and 34 years of age (78.4%), a highly significant finding, with greater incidence in females (61.1%). The cardiac causal factors with the highest prevalence were tobacco smoking, alcoholism, and diabetes mellitus.

**Conclusions:** It was demonstrated that there is a high number of young adults with global cardiovascular risk, which predisposes them to developing this type of disease in the future.

**Keywords:** young adult; cardiovascular risk; death.

**Recibido:** 02/12/2025

**Aprobado:** 26/03/2026



## Introducción

Las afecciones crónicas no transmisibles alcanzan proporciones epidémicas, entre ellas: las cardíacas y cerebrales, son las principales causas de enfermedad y muerte en Cuba y el mundo. Estas constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y fallecimiento. La base del problema es por las placas de ateroma, que avanzan hasta que aparecen los síntomas, momento en que la enfermedad ya ha progresado.

Ocurren siempre como situaciones coronarias ya sea por infarto de miocardio y enfermedades cerebrovasculares a través de ataque apoplético agudos de forma imprevista que conducen con frecuencia a la muerte antes de que pueda prestarse atención médica inmediata y requerida. <sup>(1)</sup>

El riesgo cardiovascular (RCV) se define como la probabilidad que tiene una persona de desarrollar un evento cardiovascular en un período de 5 a 10 años o también alguna complicación aterosclerótica, que se producen por cambios en el flujo sanguíneo o bloqueo de las áreas dañadas. Otras situaciones importantes están dadas por el infarto agudo de miocardio, angina de pecho, trastornos renales, arterial periférico, accidente vascular encefálico y muerte súbita. <sup>(2)</sup>

Todos los factores de riesgo se analizan según los antecedentes patológicos personales y familiares, de hipertensión arterial, diabetes mellitus y lesión en órgano diana. <sup>(3)</sup> El riesgo, una condición importante para desarrollar la enfermedad.

En cuanto al individuo se puede definir como la probabilidad que tiene un paciente de sufrir un suceso en un periodo de tiempo no muy corto. Debemos tener en cuenta que el riesgo es verdaderamente un concepto poblacional: esto se evidencia cuando población específica tiene un riesgo del 15 % definiéndose que de cada 100 sujetos 15 vivirán un evento, lo que no determina qué 15 sujetos vivirán dicho evento cuando se define que un paciente al cabo de los años, por ejemplo 10 años, presenta un riesgo cardiovascular del 15 %, significa que este presenta el 15 % de certeza de vivir un evento cardiovascular en los próximos 10 años. <sup>(4)</sup>

Los factores de riesgo son una característica biológica donde están considerados los hábitos y estilos de vida, aumentando estos la probabilidad de vivir un evento o



morir como consecuencia de una afección cardiovascular. Se debe dejar claro que la ausencia de factores de riesgo no excluye la posibilidad de desarrollar la enfermedad en un futuro, así como la presencia de enfermedad tampoco implica obligatoriamente su aparición. <sup>(5)</sup>

Todos estos alteran desde el inicio la función del endotelio, favoreciendo cambios patológicos de permeabilidad, vasomoción y quimiotaxis potenciándose entre estos, y estando siempre asociados. Por lo que la prevención de factores de riesgo cardiovasculares es la prioridad. <sup>(6)</sup>

Existe una vinculación fuerte entre las lesiones del corazón y los factores de riesgo mayores e independientes, por lo que son estos los más presentes en la población. <sup>(7)</sup>

Dada la situación demográfica compleja a nivel mundial de la cual no escapa Cuba, hay un evidente y marcado crecimiento poblacional con un aumento en la esperanza de vida por lo que las personas crecen y con ello se elevan la morbilidad y mortalidad en enfermedades no transmisibles (ENT). <sup>(8)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestra que en el 2016 falleció un 63 % de personas por ENT notificadas en el mundo, luego en el 2020 falleció el 80 % como consecuencia de enfermedad cardiovascular, observándose un incremento en estas. <sup>(8)</sup>

Todos los años en Europa ocurren más de 4,3 millones de muertes producto de las enfermedades cardiovasculares (ECV), se piensa en el 2030 este número aumente pudiendo llegar a 25 millones. <sup>(9)</sup> En el mundo fallecieron por esta causa 17,5 millones en el año 2022, representando un 31 % de todas las muertes registradas, de todas estas, el 7,4 millones a causa de cardiopatía coronaria y 6,7 millones por accidentes cerebrovasculares. <sup>(9)</sup>

Durante el año 2020 se registró en la región de las Américas una tasa de mortalidad de un 63,1 % por cada mil habitantes por enfermedades cardiovasculares, sin embargo, en Cuba un 37,3 % del total de defunciones durante ese año según datos del Anuario Estadístico. <sup>(10)</sup>

En el territorio nacional, siguen siendo las afecciones del corazón la primera causa de muerte desde que iniciaron las publicaciones cronológicas de mortalidad según edad en la década del 70. <sup>(11)</sup>



Fallecieron en el año 2021, 43052 personas por patologías cardíacas, con una tasa de 384,9 siendo el 60 % de todos los fallecidos, y el 37,4 % de estas por infarto agudo de miocardio (IAM).<sup>(11)</sup>

Existen pocos estudios relacionados con esta temática en la provincia, sobre todo con un enfoque preventivo en la atención primaria de salud, que permitiría trabajar<sup>(10)</sup> con los adultos jóvenes, para disminuir la morbilidad y complicaciones por enfermedades no transmisibles.

## Métodos

Para lograr el objetivo trazado Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el policlínico “Carlos J. Finlay” del municipio Santiago de Cuba, en el periodo de un año, en la población de adultos jóvenes de ambos sexos en edades comprendidas entre 25 y 44 años. Se realizó un muestreo intencionado mediante la selección de dos consultorios de dicha área de salud, considerando la división de la misma en la parte sur, desde la Alameda hasta Calvario y parte norte desde este hasta San Agustín con los consultorios 1 y 20 respectivamente. La muestra quedó constituida por 260 pacientes, 102 pertenecientes al consultorio 1 y 158 del consultorio 20.

Se utilizaron variables como sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular: antecedentes patológicos familiares de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, así como otros riesgos como el tabaquismo, sedentarismo y alcoholismo.

Previa coordinación con la dirección del policlínico se procedió a visitar los consultorios seleccionados en los cuales se revisaron las historias de salud familiar e individual de cada adulto joven, lo que permitió obtener los datos de interés investigativo. Posteriormente se procedió a visitar a los pacientes cuando fue necesario obtener alguna información que no estaba presente en los documentos revisados.

En el estudio se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos (de la estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas) y de la estadística inferencial: pruebas de estimación de parámetro para media y proporciones, así como de hipótesis no paramétrica de la  $X^2$  de independencia. Como procesador



estadístico se utilizó el SPSS 22.0 para Windows. Los autores declararon su compromiso de confidencialidad de la información. Se solicitó la aprobación de la dirección del centro y el comité de ética, así como del consejo científico para la investigación.

## Resultados

La Tabla 1, se refiere a la distribución de los pacientes estudiados según edad por consultorio médico el mayor porcentaje de adultos jóvenes fue de 35 a 44 con el 54,2 % del total, predominando en el CMF 20 un total de 119 adultos jóvenes en dicho rango de edad, sin embargo, ocurrió todo lo contrario en el CMF 1 donde predominaron los de 25 a 34 años de edad para un 78,4 %, resultado que fue altamente significativo. Las enfermedades cardiovasculares cada vez se incrementan, siendo causa de años de vida potencialmente perdidos y muerte prematura, dentro de estas la HTA conocida como la “asesina silenciosa” ha ido incrementando su incidencia y prevalencia en la población mundial debido a la existencia de estilos de vida poco saludables con la exposición a diversos factores de riesgo

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes según edad por consultorio médico.

Tabla1	Distribución de los pacientes estudiados				según edad por	
	consultorio médico		CMF 20		TOTAL	
	CMF 1		No	%	No	%
Edad	No	%	No	%	No	%
25-34	80	78,4	39	24,7	119	45,8
35-44	22	21,6	119	75,3	141	54,2
<b>Total</b>	102	100,0	158	100,0	260	100,0

En la Tabla 2 se muestran los resultados de los pacientes estudiados según sexo por consultorio médico que evidencia un predominio del sexo femenino para el 61,1 % del total, así como en el consultorio médico No. 20 con el 53,5 % del total,



resultado significativo al existir un predominio de las féminas en este consultorio. La enfermedad del corazón presenta factores de riesgo modificables dados por los hábitos y estilos de vida, dígame, tabaquismo, dislipidemia, obesidad, sedentarismo, diabetes, alcohol y no modificables, como edad, sexo e historia familiar.

**Tabla 2.** Distribución de los pacientes estudiados según sexo por consultorio médico

Consultorio Médico	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No	%*	No	%*	No	%**
1	28	27,7	74	46,5	102	39,2
20	73	72,3	85	53,5	158	60,8
<b>Total**</b>	101	38,9	159	61,1	260	100,0

La tabla 3 muestra la distribución de los factores de riesgo cardiovascular según la edad por consultorio médico en la cual se evidencia una prevalencia significativa de los factores de riesgo cardiovascular de tipo modificables en ambos consultorios de los cuales el más incidente fue el tabaquismo con 140 para un 53.8 % seguido del alcoholismo que represento el 52.7 % y el menos incidente fue la presencia de diabetes mellitus aportando solo un 23.8 %. Es evidente como en el consultorio 1 el grupo de edades de 25-44 fue el predominante en cuanto a la presencia de factores de riesgo siendo al revés en el consultorio 20, esto pudiera deberse al predominio de edades más a avanzadas en este último.

**Tabla 3.** Distribución de los pacientes estudiados según factores de riesgo cardiovascular y edad por consultorio médico

Factor de Riesgo	CMF1				CMF20			
	25-34		35-44		25-34		35-44	
	No	%	No	%	No	%	No	%
<b>No modificables</b>								
<b>Antecedente familiar</b>	58	56.9	16	15.7	20	12.7	93	58.9
<b>Hipertensión arterial</b>	18	17.6	9	8.8	24	15.2	89	56.3



**Modificables**

<b>Tabaquismo</b>	39	38.2	14	13.7	12	7.6	75	47.5
<b>Diabetes Mellitus</b>	2	1.9	2	1.9	18	11.4	40	25.3
<b>Obesidad</b>	18	17.6	5	4.9	5	3.2	39	24.7
<b>Prehipertensión</b>	2	1.9	-	-	14	8.9	77	48.7
<b>Alcoholismo</b>	53	51.9	13	12.7	17	10.8	54	34.2
<b>Sin Factores de riesgo</b>	2	1.97	-	-	2	1.3	1	0.6

La tabla 4 muestra la distribución de los factores de riesgo cardiovascular y el sexo por consultorio en la cual se evidencia que en el consultorio 1 las féminas fueron las que más factores de riesgo cardiovascular presentaron siendo al revés en el consultorio 20. Las mujeres estuvieron representadas en el 1 por los antecedentes familiares y el alcoholismo mientras que en el 20 prevalecieron la hipertensión arterial y los antecedentes patológicos familiares. Por otro lado, en los hombres en ambos consultorios prevalece el tabaquismo y el alcoholismo.

**Tabla 4.** Distribución de los pacientes estudiados según factor de riesgo cardiovascular y sexo por Consultorio Medico

Factor de Riesgo	CMF1				CMF20			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	No	%	No	%	No	%	No	%
<b>No modificables</b>								
<b>Antecedente familiar</b>	12	11.8	62	60.8	52	32.9	61	38.6
<b>Hipertensión arterial</b>	15	14.7	12	11.8	34	21.5	79	50,0
<b>Modificables</b>								
<b>Tabaquismo</b>	22	21.6	31	30.4	60	37.9	27	17.1
<b>Diabetes Mellitus</b>	4	3.9	-	-	27	17.1	31	19.6
<b>Obesidad</b>	7	6.9	16	15.7	17	10.8	27	17.8
<b>Pre Hipertensión</b>	2	1.9	-	-	55	34.8	36	22.8
<b>Alcoholismo</b>	25	24.5	41	40.2	68	43	3	1.9
<b>Sin Factores de riesgo</b>	2	1.97	-	-	1	0.6	2	1.3



## Discusión

Desde el año 1986, se detalla la capacidad predictiva del riesgo coronario y que esta es superior a la que se define de forma separada entre los factores de riesgo cardiovasculares. <sup>(6)</sup>

El grupo de trabajo SCORE2-OP considera esenciales los factores de riesgo no modificables como (edad, sexo, genéticos/historia familiar), o modificables, estos últimos los más interesantes al poder trabajar con ellos en su modificación, estos son: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad (particularmente la obesidad abdominal o visceral), frecuentemente unido a la inactividad física. <sup>(7)</sup>

La Organización Mundial de la Salud clasifica todos estos según edad, sexo, los hábitos tóxicos como el tabaquismo, y se debe revisar la presión arterial sistólica y el colesterol total. Cuando existen la relación de varios de estos factores el riesgo es mayor. <sup>(3)</sup>

En Cuba esto habla a favor de la prioridad de hacer cumplir las órdenes para favorecer y cambiar los indicadores al estar estas dolencias entre las primeras causas de muerte, ya sean cardíacas, cerebrovasculares, arteriales, vasos capilares. Esto se basa en la naturaleza que puedan presentar los pacientes si es de origen coronario definiríamos un riesgo de dicha ubicación, pero si este ocurre en otra localización arterial hablaríamos de riesgo cardiovascular o vascular. <sup>(3)</sup> El segundo concepto está dado por el término en que se pueda presentar la situación, normalmente se valoran diez años no descartando que hay estudios que definen cinco y hasta menos años. <sup>(4)</sup>

El tercer y último concepto está dado por la población que se tiene en cuenta para definir el riesgo. Siendo considerados los pacientes que no han percibido episodios cardiovasculares anteriormente en estos casos se habla del riesgo en prevención primaria. <sup>(4)</sup>

Algunos autores coinciden con las respuestas obtenidas en la investigación, se define el riesgo cardiovascular según las tablas predictivas OMS sin colesterol donde se determinó que el riesgo moderado en un 85,9 %, resultado este que coincide con los de esta investigación. <sup>(12)</sup> No así en otra investigación de Royo-Bordonada et al, donde predominaron los pacientes con riesgo cardiovascular moderado (36,51 %), sin embargo, más de la mitad de los pacientes 43 por encima



de 60 años presentó un riesgo cardiovascular entre moderado y alto; fueron los pacientes con 70 años o más los mayormente representados en el riesgo cardiovascular clasificado como crítico. <sup>(13)</sup>

En otra investigación se presenta la estratificación del riesgo cardiovascular, relacionado con la edad, predominó el bajo riesgo en el grupo 40-45 años; el riesgo moderado y el alto fueron más frecuentes en el grupo de 50-59 años. Resultado este que tampoco coincide con esta investigación. <sup>(14)</sup> El adulto joven está expuesto, con más probabilidad en número de hasta cuatro y más factores de riesgo cardiovascular, y que por supuesto estos se hacen mayores cuando pasan los años de vida. Este riesgo es mucho más frecuente en varones, debido a situaciones que se perpetúan a lo largo de los años y que contribuyen a la descripción clínico-epidemiológica de dichas enfermedades crónicas. <sup>(1)</sup> Las féminas mayores de 50 años de edad, tienen una morbilidad alta coincidiendo con el período menopáusico lo que aporta a lo que se fuera algo fisiológico una fuerza hacia la enfermedad provocado una trascendencia socioeconómica. <sup>(15)</sup>

Estudio realizado en Las América definió la complejidad de esta, estando el 40 % de los fallecimientos por ECV vinculados con prontitud en el tiempo, es decir en edades tempranas de la vida, provocando descenso es las calidades de vida y por tanto afectando en lo productivo, financiero y familiar. <sup>(16)</sup> Un estudio habla de una población de 96 féminas y de estas 11 presentaron moderado riesgo cardiovascular para un 10,4 %. Coincidiendo con el presente estudio prevaleció el bajo riesgo en las féminas. <sup>(17)</sup>

Por otra parte autores mostraron que acorde a las tablas de la OMS el 74,1 % tienen riesgo alto, mientras el 18,7 % y el 7,2 % riesgos bajo y moderado 45 respectivamente, esto pudiera deberse a que este estudio fue realizado en adultos mayores, resultado este que no coincide con los nuestros. <sup>(18)</sup> Otro estudio afirmó que las crisis cardíacas en personas jóvenes se presentan principalmente en varones, por lo que el sexo masculino se ha considerado importante en el enfoque de riesgo de la enfermedad cardiovascular, <sup>(19)</sup> no coincidiendo estas afirmaciones con los resultados de esta investigación. El riesgo de enfermedad coronaria mediante su evaluación procura definir conductas, fundamentalmente en los casos de bajo riesgo. <sup>(20)</sup>



Al analizar la distribución del riesgo cardiovascular por consultorio médico evidencia claramente que en ambos predomina el riesgo moderado y bajo. Los resultados apreciados permiten concluir que en la casuística estudiada queda demostrada la existencia de elevado número de adultos jóvenes con riesgo cardiovascular global, lo que los predispone a desarrollar una enfermedad de este tipo en el futuro.

El estudio presentó como limitación que incluyo solo a la población adulta joven en dos consultorios médicos de familia del policlínico, por lo que sería conveniente analizar muestras más representativas.

Finalmente se observó que el tabaquismo, el alcoholismo, la diabetes mellitus son los factores de riesgo cardiovascular global que predominan en adultos jóvenes fundamentalmente las féminas, y entre ellos son los de causas cardíacas los que más prevalecen, quedando predispuestos a desarrollar una enfermedad cardíaca.

## Referencias bibliográficas

1. 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. 2021[citado 24/02/2026];42(34):3227-337. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34458905/>
2. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020[citado 12/01/2026];41(1):111-88. Disponible en: [doi: 10.1093/eurheartj/ehz455](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455)
3. World Health Organization. BMI classification. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 [citado 12/01/2026]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
4. National Center for Health Statistics. National Health Interview Survey: tobacco use glossary. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2022 [citado 10/02/2026]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/nchs/nhis/tobacco/tobacco\\_glossary.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nhis/tobacco/tobacco_glossary.htm)



5. SCORE2 Working Group and ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 2021[citado 20/02/2026];42(25):2439-54. Disponible en: [10.1093/eurheartj/ehab309](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309).
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2021. La Habana: MINSAP; 2022 [citado 16/12/2023]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/fatesa/files/2022/11/Anuario-Estad%C3%ADstico-de-Salud-2021.-Ed>
7. SCORE2-OP Working Group and ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J*. 2021[citado 16/12/2023];42(25):2455-67. DOI: [10.1093/eurheartj/ehab312](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab312).
8. Ramos R, Masana L, Comas-Cufí M, García-Gil M, Martí-Lluch R, Ponjoan A, et al. Derivation and validation of SIDIAP-FHP score: a new risk model predicting cardiovascular disease in familial hypercholesterolemia phenotype. *Atherosclerosis*. 2020[citado 16/12/2023];292 :42-51. DOI: [10.1016/j.atherosclerosis.2019.10.016](https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2019.10.016).
9. Pérez-Jiménez F, Pascual V, Meco JF, Pérez-Martínez P, Delgado-Lista J, Domenech M, et al. Documento de recomendaciones de la SEA 2019: el estilo de vida en la prevención cardiovascular. *Clin Investig Arterioscler*. 2019[citado 16/12/2023]; 31(6):280-310. DOI: [10.1016/j.arteri.2018.06.005](https://doi.org/10.1016/j.arteri.2018.06.005).
10. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2021 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2021[citado 16/12/2023];52(10):e344-e418. DOI: [10.1161/STR.0000000000000375](https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375).
11. Bhatt DL, Steg PG, Miller M, Brinton EA, Jacobson TA, Ketchum SB, et al. Cardiovascular risk reduction with icosapent ethyl for hypertriglyceridemia. *N Engl J Med*. 2019[citado 16/12/2023];380(1):11-22. DOI: [10.1056/NEJMoa1812792](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1812792).



12. Samuel M, Tardif JC, Bouabdallaoui N, Khairy P, Dubé MP, Blondeau L, et al. Colchicine for secondary prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Cardiol*. 2021[citado 16/12/2023];37(5):776-85. DOI: [10.1016/j.cjca.2020.10.006](https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.10.006).
13. Royo Bordonada MÁ, Armario P, Lobos-Bejarano JM, Pedro-Botet J, Villar-Alvarez F, Elosua R, et al. Adaptación española de las guías europeas sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Semergen*. 2022[citado 16/12/2023];48(5):295-311. DOI: [10.1016/j.semerg.2021.11.012](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.11.012).
14. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. *Lancet*. 2021[citado 16/12/2023];397(10285):1625-36. DOI: [10.1016/S0140-6736\(21\)00590-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00590-0).
15. Salas-Salvadó J, Díaz-López A, Ruiz-Canela M, Basora J, Fitó M, Corella D, et al. Effect of a lifestyle intervention program with energy-restricted Mediterranean diet and exercise on weight loss and cardiovascular risk factors: one-year results of the PREDIMED-Plus trial. *Diabetes Care*. 2019[citado 16/12/2023];42(5):777-88. DOI: [10.2337/dc18-0836](https://doi.org/10.2337/dc18-0836).
16. Armario P, Jericó C, Vila L, Freixa R, Castillejos M, Rotllan M. Área de Atención Integrada de Riesgo Vascular: un nuevo modelo organizativo para el control global de los factores de riesgo. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2017[citado 16/12/2023];34(2):72-7. DOI: [10.1016/j.hipert.2016.10.004](https://doi.org/10.1016/j.hipert.2016.10.004).
17. Brotons C, Alemán JJ, Banegas JR, Fondón C, Lobos-Bejarano JM, Martín E, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares: actualización PAPPS 2022. *Aten Primaria*. 2022[citado 16/12/2023];54(Supl 1):4-28.
18. Mostaza JM, Pintó X, Armario P, Masana L, Real JT, Valdivielso P, et al. SEA 2024 Standards for Global Control of Vascular Risk. *Clin Investig Arterioscler*. 2024[citado 16/12/2023];36(3):133-94. DOI: [10.1016/j.arteri.2024.02.001](https://doi.org/10.1016/j.arteri.2024.02.001).
19. Carrero-Vázquez AM, Pérez-Rivera T, Martínez-García G, González-Miguel Y, Cisneros-Betancourt LG, Martínez-Peró RM. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital "Enrique Cabrera": enero 2017-enero 2020. *CorSalud*. 2022[citado 16/12/2023];14(1):19-26. Disponible en: <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/684>



20. Zavala-Rubio JD, Rivera-Montellano ML, Sánchez-Martínez S, De la Mata-Márquez MJ, Torres-Rodríguez MM. Prevalencia de factores y estratificación de riesgo cardiovascular en personal que labora en una unidad de medicina familiar. Aten Fam [Internet]. 2019[citado 16/12/2023];25(4):129-33. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2019/af194c.pdf>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

Diana Rosa Olivares Alvarez: Realizó procesamiento estadístico y redacción del artículo y aprobó la versión final del documento (60%)

Yanet Veranes Mustelier: procesamiento estadístico y redacción del artículo y aprobó la versión final del documento (20%)

Oneida Tarazón Miclín: procesamiento estadístico y aprobó la versión final del documento (10%)

Martha Campos Muñoz: procesamiento estadístico y aprobó la versión final del documento (10%)

**Revisores:** Dr.C. Yusimy Barrios López

Dr. C.Julio Alberto Pérez Domínguez

Dr.C. Germán del Rio Caballero

**Corregido:** Lic. Dayana Infante Carralero

