

Categoría de riesgo de enfermedad cardiovascular

The category of risk for cardiovascular disease

Emilio Rivera Ledesma, Lester Bauta León, José Antonio González Hidalgo, Nora Arcia Chávez, Isabel Valerino Meriño, Esmeralda Placencia Oropeza

Policlínico: "Aleida Fernández Chardiet". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades cardiovasculares son de gran importancia como causa de muerte para la humanidad y constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados actualmente. El control de los factores de riesgo es un elemento imprescindible para la prevención de estas enfermedades. La mejor herramienta para establecer prioridades en prevención primaria cardiovascular es la estimación del riesgo de desarrollarlas.

Objetivo: describir la categoría de riesgo de enfermedad cardiovascular en individuos con edades comprendidas entre 40 y 79 años.

Métodos: se realizó una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal. El universo estuvo constituido por 335 personas pertenecientes al área atendida por el consultorio 7 del Policlínico: "Aleida Fernández Chardiet" del municipio La Lisa en el periodo comprendido entre noviembre 2015 y junio 2016. Se utilizaron distribuciones de frecuencias, cálculos porcentuales, cálculo de desviación estándar y medidas de tendencia central.

Resultados: el sexo más afectado por el riesgo cardiovascular moderado - alto, fue el masculino, con 36 personas (10,8 %). Predominó en sentido general en toda la población el riesgo cardiovascular global bajo, presente en el 81,8 %, seguido del riesgo moderado presente en el 12,9 %.

Conclusiones: la mayoría de la población presentó un riesgo cardiovascular global bajo. El riesgo cardiovascular moderado - alto afectó en mayor frecuencia a los pacientes con edad entre 70 y 79 años, a los del sexo masculino y a la mayoría de los pacientes diabéticos.

Palabras clave: factores de riesgo; riesgo cardiovascular; atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: The cardiovascular diseases, are of great importance like cause of death for the humanity and they constitute the first cause of death in the developed countries at the moment. The control of the risk factors is an indispensable element for the prevention of these illnesses. The best tool to establish priorities in primary cardiovascular prevention is the estimation of the risk of developing them.

Objective: To describe the category of risk of cardiovascular diseases in persons with ages understood among 40 and 79 years of a Doctor's Office number 7 of Policlinic: "Aleida Fernández Chardiet" of the municipality Lisa, from November 2015 to June 2016.

Methods : An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted in persons with ages among 40 and 79 years. The studied population was constituted by 335 people. Distributions of frequencies, percentage calculations, standard deviation and measures of central tendency were used.

Results: The sex more affected by the cardiovascular risk moderate-high, it constituted by the masculine with 36 people (10,8% of the total of studied people). It prevailed in general sense in the whole population the cardiovascular global risk low, present in 81,8% of the total, followed by the risk moderate present in 12,9% of the total.

Conclusions: Most of the population presented a cardiovascular global risk low. The cardiovascular risk moderate-high it affected in more frequency to the patients with aged among 70 and 79 years, to those of the masculine sex and most of the diabetic patients.

Keywords: Epidemiology; risk factors; cardiovascular risk; primary health care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son de gran importancia como causa de muerte para la humanidad y siguen siendo las primeras causas de morbimortalidad en el mundo y en Cuba,¹ constituyendo una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en todo el mundo.²

Al igual que en el caso de otras plagas anteriores, tales como la peste bubónica, la fiebre amarilla y la viruela, las enfermedades cardiovasculares no solo acaban con la vida de una parte importante de la población, sino que también provocan sufrimiento y discapacidad prolongados en un número aún mayor de personas.³

En Cuba, las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte en ambos sexos, ascendiendo a 11,3 los años de vida potencialmente perdidos, como consecuencia de estas enfermedades, ocurriendo estas muertes justo en el momento de mayor productividad de la vida, cuando el impacto económico y social es más sustantivo, con una tasa de mortalidad por esta causa que se ha incrementado desde valores de 181,1 por 100 000 habitantes en el 2000, hasta 218,3 por cada 100 000 habitantes en el año 2015, siendo La Habana la provincia de más alta tasa bruta de mortalidad por enfermedades cardiovasculares del país (273,8 por cada 100 000 habitantes en el año 2015).⁴

La prevención cardiovascular continúa siendo uno de los grandes retos de nuestra sociedad, por la gran morbimortalidad que generan.⁵

El control de los factores de riesgo cardiovascular es un elemento imprescindible para la prevención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular.⁶

Dichos factores interactúan entre sí de forma que la suma de varios de ellos tiene un efecto multiplicativo sobre el riesgo global, de modo que los individuos con varios factores tienen un riesgo mayor de enfermedad cardiovascular que los que presentan un único factor.⁷

Es por eso que cada población debería conocer su riesgo cardiovascular que no es más que la «probabilidad que tiene un individuo de contraer una enfermedad cardiovascular grave en los próximos 10 años, basado en el número de factores de riesgo presentes en el mismo individuo (riesgo cualitativo) o teniendo en cuenta la magnitud de cada uno de ellos (riesgo cuantitativo)» y al contraer esta enfermedad puede sufrir un evento fatal o no.^{8,9}

La estimación del riesgo cardiovascular global y el correcto seguimiento de las personas con factores de riesgo constituyen una intervención que tiene como propósito disminuir la morbilidad cardiovascular y, promover hábitos de vida saludables que contribuyan a disminuir los factores de riesgo.¹⁰

El riesgo cardiovascular global, sobre la base de la edad, el sexo, la presión sanguínea, los niveles de lípido y la presencia de diabetes, debe ser calculado a intervalos regulares para guiar las decisiones de tratamiento y reducir el riesgo cardiovascular.¹¹

Las estadísticas cubanas, así como las de La Habana, muestran que las enfermedades cardiovasculares continúan en ascenso, manteniéndose entre las primeras causas de muerte a todas las edades, preferiblemente después de los 40 años.

Una de las formas más razonable y costo-efectiva de determinar las prioridades de prevención es por medio de la estimación del riesgo coronario, ya que este establece la asignación de los recursos en función de las necesidades, entendiendo como tales, el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria.

La implementación de medidas preventivas como la determinación del riesgo cardiovascular global a través del uso de las tablas de la Organización Mundial de la Salud para esos efectos, ayuda a disminuir la aparición de grandes complicaciones cardiovasculares en pacientes aparentemente sanos o con factores de riesgo, guiando un tratamiento oportuno hacia aquellos pacientes de riesgo, haciéndoles conocer las probabilidades que tienen de evitar esas complicaciones si cumplen el tratamiento. De esa manera, desde la atención primaria, se le evitan al país grandes pérdidas económicas en hospitalizaciones prolongadas con gastos de recursos que aunque se le brindan de forma gratuita a la población, al país le cuesta inmensas sumas de dinero, considerando que nuestro país se encuentra bloqueado por el imperialismo desde hace más de cinco décadas.

El cálculo de este importante indicador se convierte entonces en un arma poderosa en manos del médico de la familia, permitiendo así realizar una adecuada prevención y disminuir la morbimortalidad por dicha causa en este grupo de personas, ayudando a brindar una atención médica de calidad.

El objetivo de la presente investigación es describir la categoría de riesgo de enfermedad cardiovascular en individuos con edades comprendidas entre 40 y 79 años pertenecientes al área atendida por el consultorio 7 del Policlínico "Aleida Fernández Chardiet".

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal, en el área atendida por el consultorio 7 del Policlínico "Aleida Fernández Chardiet" del municipio La Lisa, en el periodo comprendido entre noviembre del 2015 y junio del 2016.

El universo de estudio estuvo constituido por 335 personas que cumplieron con los criterios de inclusión y que no cumplieron los de exclusión de la presente investigación:

Criterios de inclusión:

– Individuos con edades comprendidas entre los 40 y 79 años de edad que se encontraran dispensarizados y por ende recibieran atención médica en el consultorio antes citado.

Criterios de exclusión:

– Personas con antecedentes patológicos personales de Infarto Agudo del Miocardio o Enfermedad cerebrovascular.

No fue necesario utilizar técnicas de muestreo pues se trabajó con toda la población

Las variables analizadas fueron: riesgo cardiovascular global según la tabla de estimación de riesgo cardiovascular global de la OMS AMR-A, ¹² edad según años cumplidos, sexo según género biológico, presencia de diabetes mellitus, adicción tabáquica, presión arterial sistólica y valor de colesterol sanguíneo.

Las historias de salud familiar constituyeron la fuente secundaria a partir de la cual se obtuvo el total de personas con edades comprendidas entre 40 y 79 años de edad, así como la dirección de residencia de cada uno de estos, lo que permitió visitarlas para explicarles las características de la investigación, su relevancia y el carácter netamente científico que tomarían los resultados de la misma. Durante la visita, a cada persona se le preguntó si deseaban colaborar con la realización de esta investigación y de ser así, se le pidió firmar la planilla de consentimiento informado y se le citó al consultorio médico para proceder con la recogida de la información.

Una vez en la consulta se les realizó un interrogatorio con el fin de responder algunos de los ítems del formulario (anexo 1) que se utilizó para la recolección de los datos (fuente primaria de la información), así como se les midió la cifra de tensión arterial, la cual se midió en dos ocasiones, (en la consulta y en la casa del paciente) para evitar en lo posible la hipertensión de bata blanca; así como se le realizó la indicación de examen sanguíneo de colesterol para el cálculo del riesgo cardiovascular global de cada paciente.

Para la estimación del riesgo cardiovascular global se tuvo en cuenta las instrucciones para la utilización de las tablas de predicción del riesgo de la OMS; las cuales indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave, mortal o no (Infarto del Miocardio o Ictus) en un período de 10 años, conociendo la edad, el sexo, la presión arterial, el consumo de tabaco, y la presencia o ausencia de diabetes mellitus en los pacientes. Estas tablas están diseñadas para 14 sub-regiones epidemiológicas de la OMS, empleándose en este caso las tablas AMR A (anexo 2), creada para la subregión epidemiológica correspondiente a Cuba.¹²

Una vez obtenida esta información, se procedió a la estimación del riesgo cardiovascular para 10 años, de la siguiente manera:

Paso 1. Se elige la tabla adecuada según la presencia o ausencia de diabetes.

Paso 2. Se elige el cuadro del sexo en cuestión.

Paso 3. Se elige el recuadro fumador o no fumador.

Paso 4. Se elige el recuadro del grupo de edad (elegir 50 si la edad está comprendida entre 50 y 59 años, 60 para edades entre 60 y 69 años, etc.)

Paso 5. En el recuadro finalmente elegido, localizar la celda más cercana al cruce de los niveles de presión arterial sistólica (mmHg) y de colesterol total. En los valores intermedios se toma el valor inferior.¹²

Se vaciaron los datos del formulario en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS versión 11.5, donde se utilizaron estadísticas descriptivas como las distribuciones de frecuencias (frecuencia absoluta), medidas para resumir datos cualitativos (cálculos porcentuales), medidas de dispersión (cálculo de desviación estándar) y medidas de tendencia central (media y moda).

Finalmente, la información obtenida fue organizada en tablas y gráficos (anexo 4) para facilitar su interpretación.

El estudio cumplió con la II declaración de Helsinki y con la legislación vigente en Cuba. Se evaluaron las historias de salud familiar y se llenaron los datos del formulario para la recogida de datos bajo el precepto de la confidencialidad. Se les informó a los pacientes que participaron en la investigación, que los resultados de la misma, solo serían publicados para la comunidad científica y con la garantía del mantenimiento de la información recopilada en completo anonimato.

RESULTADOS

La edad media fue de 56,96 años, con una desviación estándar de 10,47 años en relación a la media. La edad más frecuentemente encontrada fue los 44 años. El grupo de edad más afectado por el riesgo moderado - alto lo constituyó el que contemplaba edades de 70 a 79 años con 41 personas para un 12,2 % del total. Se puede observar que predominó en la mayoría de la población el riesgo cardiovascular global bajo, presente en el 81,8 % del total ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Grupos de edades según riesgo cardiovascular global

Grupo de edad	Riesgo cardiovascular global						Total	
	Bajo		Moderado		Alto			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
40 - 49	100	29,9	0	0,0	0	0,0	100	29,9
50 - 59	113	33,7	2	0,6	1	0,3	116	34,6
60 - 69	45	13,4	16	4,8	1	0,3	62	18,5
70 - 79	16	4,8	25	7,5	16	4,8	57	17,0
Total	274	81,8	43	12,8	18	5,4	335	100,0

En la tabla 2 se puede observar que la mayoría de las personas que participaron en el estudio pertenecían al sexo femenino (55,5 %). El sexo más afectado por el riesgo cardiovascular moderado - alto, lo constituyó el masculino con 36 personas (10,8 %).

Dentro del grupo de pacientes diabéticos predominaron aquellos con riesgo cardiovascular moderado - alto con 25 pacientes, para un 65,8 % del total de diabéticos.

Tabla 2. Sexo según riesgo cardiovascular global

Sexo	Riesgo cardiovascular global						Total	
	Bajo		Moderado		Alto			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	113	33,7	28	8,4	8	2,4	149	44,5
Femenino	161	48,1	15	4,5	10	3,0	186	55,5
Total	274	81,8	43	12,8	18	5,4	335	100,0

En la tabla 3, se observa que el riesgo cardiovascular bajo predominó tanto en los pacientes fumadores como en los no fumadores. El riesgo moderado -alto fue mayor en los pacientes fumadores.

Tabla 3. Adicción tabáquica según riesgo cardiovascular global

Adicción tabáquica	Riesgo cardiovascular global						Total	
	Bajo		Moderado		Alto			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Fumador	55	64,7	14	16,5	16	18,	85	100,0
No fumador	219	87,6	29	11,6	2	0,8	250	100,0
Total	274	81,8	43	12,8	18	5,4	335	100,0

El riesgo cardiovascular moderado alto se observó con más frecuencia en aquellos pacientes con cifras de PAS de 140 - 159 mmHg (27 pacientes), aunque estuvo presente en casi todos los pacientes con cifras de PAS iguales o superiores a 160 mmHg (13 pacientes), (tabla 4).

Tabla 4. Cifras de presión arterial sistólica según riesgo cardiovascular global

Presión arterial sistólica (mmHg)	Riesgo cardiovascular global						Total	
	Bajo		Moderado		Alto			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
≤ 139	237	91,9	19	7,4	2	0,8	258	100,0
140 - 159	36	57,1	20	31,7	7	11,1	63	100,0
160 - 179	1	8,3	4	33,3	7	58,3	12	100,0
≥ 180	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	100,0
Total	274	81,8	43	12,8	18	5,4	335	100,0

La mayoría de las personas presentaron cifras de colesterol sanguíneo entre 5,0 y 5,9 mmol/L. También se puede apreciar, que el 47,8 % de las personas con cifras de colesterol sanguíneo superiores o iguales a 6 mmol/L presentaron un riesgo cardiovascular moderado - alto. (Tabla 5).

Tabla 5. Cifras de colesterol sanguíneo según riesgo cardiovascular global

Colesterol sérico (mmol/L)	Riesgo cardiovascular global						Total	
	Bajo		Moderado		Alto			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
4,0 - 4,9	142	92,8	7	4,6	4	2,6	153	100,0
5,0 - 5,9	120	75,5	29	18,2	10	6,3	159	100,0
6,0 - 6,9	10	52,6	6	31,6	3	15,8	19	100,0
7,0 - 7,9	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	100,0
Total	274	81,8	43	12,8	18	5,4	335	100,0

DISCUSIÓN

La estimación y manejo del riesgo cardiovascular en personas con factores de riesgo que aún no han presentado síntomas de enfermedad cardiovascular (prevención primaria), constituye la punta de lanza para enfrentar la pandemia. La predicción de un evento cardiovascular mayor es la meta de todo el personal de salud que busca la perpetuidad de una vida sana.¹³

En esta investigación, la estimación en general del riesgo cardiovascular global arrojó que la mayor parte de la población presentó un bajo riesgo, lo que puede estar asociado a las limitaciones del estudio, que pueden ser: la inclusión de personas que estaban en tratamiento con hipolipemiantes o antihipertensivos, lo cual implica un riesgo global sesgado frente a los individuos sin fármacos.

Otra investigación, como la cohorte española desarrollada por Barroso,¹⁴ ha revelado cifras de riesgo cardiovascular bajo solo en el 36,3 % de la población estudiada, lo que difiere de los resultados encontrados en la presente investigación.

Los resultados alcanzados en cuanto al riesgo bajo en la población son similares a los publicados por diferentes autores como Parodi en Pinar del Río,¹ quien reportó que en su estudio el 72,6 % de los pacientes presentó un riesgo cardiovascular bajo y el de Acosta,⁷ que reportó riesgo bajo en el 65,8 % de sus pacientes.

En el presente estudio se obtuvo que las personas que con mayor frecuencia presentaron riesgo cardiovascular moderado alto fueron aquellas con edades entre los 70 y 79 años. Estos resultados se corresponden con otras investigaciones realizadas, como la cohorte española desarrollado por Barroso,¹⁴ en la cual se observaron acontecimientos coronarios en personas de mayor edad; así como con otro estudio sobre riesgo cardiovascular recientemente realizado en Cuba por Dueñas.¹⁵

Estos resultados constituyen la traducción cuantitativa de los complejos mecanismos fisiopatológicos que relacionan el proceso del envejecimiento con las enfermedades cardiovasculares (ECV).¹⁶

Las personas del sexo femenino predominaron en la investigación, lo que resultó semejante a lo encontrado en otro estudio similar publicado por Gárciga,¹⁷ donde el 51,7 % de los pacientes eran del sexo femenino.

Lo obtenido en la presente investigación, pudiese guardar relación con que en la Habana, lugar donde se encuentra la población estudiada; el sexo predominante es el femenino, según lo publicado en el anuario estadístico del 2015.⁴

El porcentaje de personas del sexo masculino con riesgo moderado-alto fue significativamente superior al del grupo de las mujeres. Lo encontrado coincide con diversos estudios como el publicado por Cerecero en México,¹⁸ donde la probabilidad promedio de desarrollar un episodio cardiovascular fue significativamente mayor en hombres que en mujeres.

Se pudo apreciar que la mayoría de las personas con diabetes mellitus presentaron un riesgo moderado - alto.

En un estudio realizado por Noval en La Habana,¹⁹ se reportó que el 90 % de los pacientes diabéticos de su investigación presentaron riesgo cardiovascular moderado - alto.

Acosta,⁷ en un estudio realizado en La Habana, publicó que la enfermedad incrementa la posibilidad de presentar un RCVG moderado-alto unas 33,23 veces (OR=33,23; IC 95 %: 4,11-268,32).

La posibilidad de padecer una enfermedad de corazón es proporcional al número de cigarrillos fumados al día y al número de años en los que se mantiene este hábito.¹

El riesgo cardiovascular bajo predominó en la mayoría de los fumadores, coincidiendo con lo publicado por Parodi¹ en su estudio, quien reportó que el 64,9 % de los pacientes fumadores presentaron un riesgo cardiovascular global bajo.

La mayoría de los pacientes con riesgo moderado - alto, en el estudio, presentaron cifras de tensión arterial sistólica entre 140 y 159 mmHg, lo que concuerda con un estudio similar realizado en el policlínico "Turcios Lima" por Parodi.¹

Aunque se conoce que la dislipemia es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, especialmente de infarto del miocardio y que el control estricto de las concentraciones de lípidos, en concreto de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), se asocia con una reducción de eventos cardiovasculares, la realidad es que el control real está muy lejos de ser óptimo.²⁰

En cuanto a las cifras de colesterol, menos de la mitad de las personas con cifras de colesterol mayor o igual a 6 mmol/L presentaron riesgo moderado - alto; lo que difiere del estudio publicado por la Dra. García Parodi,¹ donde la mayoría de las personas con cifras de colesterol mayor o igual a 6 mmol/L presentaron riesgo cardiovascular global moderado - alto.

El cálculo del riesgo cardiovascular global constituye un procedimiento de fácil realización y de gran valor en el trabajo preventivo de la atención primaria de salud; es por ello que el médico de familia debiese dominarlo y aplicarlo en cada paciente de su comunidad, ya que la prevención constituye una piedra angular en el control de las enfermedades cardiovasculares.

En conclusión, la mayoría de la población presentó un riesgo cardiovascular global bajo. El riesgo cardiovascular moderado - alto afectó en mayor frecuencia a los pacientes con edad entre 70 y 79 años, a los del sexo masculino, a la mayoría de los diabéticos y a los que presentaron cifras de presión arterial sistólica entre 140 y 159 mmHg. Solo se observó dicho riesgo en una pequeña parte de las personas fumadoras. Menos de la mitad de las personas que presentaron cifras de colesterol mayor o igual a 6 mmol/L presentaron riesgo cardiovascular moderado - alto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- García Parodi MM, Gort Hernández M, Urraca Castillo O, Tamargo Barbeito TO. Categoría de riesgo cardiovascular en el Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima". Pinar del Río. Rev. Ciencias Médicas. 2013 [citado 20 Mar 2016];17(1):2-13.

Disponible en:

http://www.google.com.cu/url?url=http://scielo.sld.cu/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1561-31942013000100002&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEWjOopyC0obQAhWCOyYKHSMnAIYQFggTMAA&sig2=1Q3bgaahIu2l0yzs7j-Gkw&usq=AFQjCNFBjlXF0TBckb21F2PFAyf_S5V2Lw

2- De la Noval García R, Armas Rojas NB, De la Noval González I, Fernández González Y, Pupo Rodríguez HB, Dueñas Herrera A, et al. Estimación del Riesgo Cardiovascular Global en una población del Área de Salud Mártires del Corynthia. La Habana, Cuba. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 2011 [citado 20 Mar 2016];17(1):62-8. Disponible en:

http://www.google.com.cu/url?url=http://bvs.sld.cu/revistas/car/vol17_1_11/car09111.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwifwYOM14bQAhVBNIYKHW4MCUAQFggTMAA&sig2=PnZePIobZN9s7fHLNRr4VA&usq=AFQjCNEbj4Fv7_kf0UPpWDFjrf-mLc9qqg

3- Gaziano TA, Gaziano JM. Repercusión global de las enfermedades cardiovasculares. En: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, editores. Braunwald. Tratado de cardiología. Vol 1. 9 ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 1-20.

4- Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana: MINSAP; 2016.

http://www.google.com.cu/url?url=http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEWj6hLPP5rvQAhWDYiYKHZjcDkMQFgqeMAE&usq=AFQjCNEqycSpCd2qzZ7qxdMtbzs3ynOIGq

5- Elosua R. Las funciones de riesgo cardiovascular: utilidades y limitaciones. Rev. Esp. Cardiol. 2014 [citado 20 Mar 2016];67(2):77-9. Disponible en:

<http://www.revespcardiol.org/es/las-funciones-riesgo-cardiovascular-utilidades/articulo/90267565/>

6- Concepción González V, Ramos González HL. Comportamiento de factores de riesgo cardiovascular en ancianos del consultorio "La Ciénaga". CorSalud. 2012 [citado 20 Mar 2016];4(1):30-8. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/corsalud/cor-2012/cor121d.pdf>

7- Acosta Batista C, Herrera Izquierdo G, Rivera Ledesma E. Epidemiología de los factores de riesgo cardiovascular y riesgo cardiovascular global en personas de 40 a 79 años en atención primaria. CorSalud. 2015 [citado 20 Mar 2016];7(1):35-45. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/corsalud/cor-2015/cor151f.pdf>

8- Hernández Gárciga FF, Ruíz Pardo AM. Riesgo cardiovascular global y estimación del filtrado glomerular en pacientes del Profilactorio Nacional Obrero de Cuba. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas [serie en Internet]. 2013 [citado 20 Mar 2016];32(3):348-56. Disponible en:

http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002013000300010

9- Hernández Gárciga FF, Pría Barros MC, Peña M. Conocimientos acerca del Riesgo Cardiovascular Global en profesionales del Sistema Nacional de Salud. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [citado 20 Mar 2016];39(2):208-18. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200003&lng=es

10-Fernández Prieto A, Gaglio R, Monsalvo M, Rezzonico G, Galli A, Cerezo L. Estudio cualitativo: uso de la guía para la estimación del riesgo cardiovascular global en la práctica clínica. Revista de Salud Pública. 2015 [citado 20 Mar 2016];19(2):42-53. Disponible en: <http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/11939>

11-Atkins D, Barton M. The periodic health examination. En: Goldman L, Schafer AI, editores. Goldman-Cecil Medicine. 25. ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 54-58.e2.

12-Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades cardiovasculares: Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra: Ed OMS; 2008.

13-Casado Méndez PR, López Labrada R. Evaluación del riesgo cardiovascular global en el área de salud No. 33. Multimed. 2012 [citado 20 Mar 2016];16(S1):[aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:90O86lzaMpoJ:http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2012/v16-s1/14.html%2BCasado+M%C3%A9ndez+PR,+L%C3%B3pez+Labrada+R.+Evaluaci%C3%B3n+del+riesgo+cardiovascular+global+en+el+%C3%A1rea+de+salud+No.+33.+Multimed&hl=es-CU&gbv=2&ct=clnk>

14-Cañón L, Díaz N, Cruces E, Nieto T, Garrote T, Buitrago F. Capacidad predictiva, comparación y consecuencias clínicas de las tablas de Framingham-Wilson y REGICOR en personas atendidas en un centro de salud de Badajoz. Rev Esp Salud Pública. 2007 [citado 20 Mar 2016];81(4):353-64. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr/om/vol81/Vol81_4/RS814C_353.pdf

15-Dueñas Herrera A, Armas Rojas NB, de la Noval García R, Turcios Tristá SE, Milián Hernández A, Cabalé Vilariño MB. Riesgo cardiovascular total en los trabajadores del Hotel "Meliá Cohíba". Revista Cubana de Endocrinología. 2008 [citado 20 Mar 2016];19(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16-Rubiera R, Lara A, Iván N, Palacio H, Vignier D. Síndrome coronario agudo. Caracterización clínico epidemiológica. A propósito de nuestro primer año. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2009 [citado 20 Mar 2016];8(3):1450-1461. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol8_3_09/mie07309.pdf

17-Hernández Gárciga FF, Opeyemi Jimada I, Pría Barros MC. Riesgo cardiovascular global consultorio 3. Área de salud de Guanabo 2008. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010 [citado 20 Mar 2016];9(5):641-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000500006

18-Cerecero P, Hernández B, Aguirre D, Valdés R, Huitrón G. Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México. Salud Pública Mex. 2009 [citado 20 Mar 2016];51(6):465-73. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600004

19-De la Noval García R, et al. Estimación del Riesgo Cardiovascular Global en trabajadores del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Rev. Cubana Cardiol. Cir. Cardiovasc. 2013 [citado 20 Mar 2016];19(2):66-71. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/cc-2013/cc-2013132e.pdf>

20-Pérez de Isla L, Saltijeral Cerezo A, Vitale G, González Timón B, Torres do Rego A, Alvarez-Sala Walther LA. Cifras de colesterol adecuadas en pacientes coronarios y diabéticos. Análisis según especialidades médicas y comunidades autónomas. Rev Esp Cardiol. 2013 [citado 15 Jul 2016];66(9):744-54. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0300893213001966.pdf?locale=es_ES

Recibido: 2017-06-07.
Aprobado: 2017-07-20.

Emilio Rivera Ledesma. Policlínico: "Aleida Fernández Chardiet". La Habana, Cuba.