



Factores de riesgo del infarto agudo del miocardio en pacientes de un consultorio médico de Holguín

Risk factor of acute myocardial infarction in patients of a family doctor's office in Holguín

Frank Miguel Hernández Velázquez¹   Virgen Leticia Pupo Cruz¹  Estrella Susana Aguilar Torres¹ 
Dayana María Fernández Sarmiento¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello". Holguín, Cuba.

Citar como: Hernández Velázquez FM, Pupo Cruz VL, Aguilar Torres E, Fernández Sarmiento DM. Factores de riesgo del infarto agudo del miocardio en pacientes de un consultorio médico de Holguín. Rev Colum Med[Internet]. 2023 [citado: Fecha de acceso];1(1):e99. Disponible en: <http://www.revcolumnamedica.sld.cu/index.php/columnamedica/article/view/99>

RESUMEN

Introducción: el infarto agudo de miocardio es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial. En Cuba, las enfermedades cardíacas poseen una alta incidencia, posicionándose como la primera causa de muerte para ambos sexos.

Objetivo: caracterizar los factores de riesgo del infarto agudo del miocardio en pacientes adultos pertenecientes al Consultorio del Médico de la Familia Número 18, Policlínico Máximo Gómez, municipio Holguín, en el periodo de enero de 2021 a diciembre de 2021.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. El universo estuvo constituido por 942 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión; se seleccionó como muestra 450 pacientes mediante un muestreo aleatorio simple. Se analizaron las variables edad, sexo, factores de riesgo y cantidad de factores de riesgo, las cuales fueron obtenidas a través de las historias clínicas familiares e individuales y una encuesta. Se utilizó la estadística descriptiva.

Resultados: predominaron los pacientes en el rango de edades de 50 a 59 años (20,89 %) y del sexo masculino (55,11 %). El 28,22 % y el 20,22 % del total de pacientes presentaron hipertensión arterial y hábito de fumar respectivamente, siendo los factores de riesgo más importantes. Existió predominio de pacientes con al menos un factor de riesgo (29,33 %).

Conclusiones: existió predominio de los pacientes adultos masculinos con hipertensión arterial y hábito de fumar. La mayoría de los pacientes tenía al menos un factor de riesgo.

Palabras Clave: Consultorios Médicos; Factores de Riesgo; Infarto del Miocardio

ABSTRACT

Introduction: acute myocardial infarction is one of the first causes of death in the world. In Cuba, heart diseases have a high incidence. They are the number one cause of dead for both sexes.

Objective: to characterize the risk factors for acute myocardial infarction in adult patients belonging to the Family Doctor's Office Number 18, Máximo Gómez polyclinic, Holguín municipality, in the period of January 2021 and December 2021.

Methods: an observational, descriptive, with a transversal study was carried out. The universe consisted of 942 patients according to inclusions parameters who met the inclusion criteria; 450 patients were selected as a sample by simple random sampling. The variables age, sex, risk factors and number of risk factors were analyzed. They were obtained through family and individual medical records and a survey. Descriptive statistic was used.

Results: patients in the age range of 50 to 59 years (20.89%) and male (55.11%) predominated. 28.22% and 20.22% of all patients had high blood pressure and smoking, respectively, being the most important risk factors. There was a predominance of patients with at least one risk factor (29.33%).

Conclusions: there was a predominance of male adult patients with hypertension and smoking. Most of the patients had at least one risk factor.

Keyword: Myocardial infarction; physicians' offices; risk factors



INTRODUCCIÓN

A mitad del siglo XX, las causas más frecuentes de mortalidad eran las enfermedades infecciosas y la desnutrición, las cuales después de una transición epidemiológica estimulada en gran parte por los cambios en el estilo de vida, la urbanización y la industrialización, fueron sustituidas por las enfermedades cardiovasculares (ECV). Este término se refiere a un grupo de enfermedades que comprometen el corazón, los vasos sanguíneos, o a las secuelas de pobre suministro de sangre debido a una fuente vascular enferma. Entre estas se encuentra el infarto agudo de miocardio (IAM).^{1,2}

El IAM se manifiesta en un 90 % por la falta de flujo sanguíneo a causa de la acumulación de grasas en las paredes de las arterias coronarias formando una placa de aterosclerosis que pueden desprenderse formando coágulos que provocan necrosis o daño tisular en el tejido cardíaco. El restante 10 % de los casos puede deberse a anomalías congénitas, embolias, disecciones, traumatismos torácicos, lupus eritematoso diseminado y sífilis.^{3,4}

Esto desencadena varios síntomas, siendo el principal el dolor en el pecho en estado de reposo que no responde con nitratos sublinguales. Muchos pacientes lo describen como opresivo, pesado, quemante o punzante y que suele aparecer en el epigastrio o la zona central del tórax, llegándose a irradiar a los brazos, el cuello y la espalda, pero nunca por debajo del ombligo. Generalmente se acompaña de fatiga, ritmo cardíaco anormal, disnea, mareos, náuseas, vómitos, palidez, sudoración, inquietud, ansiedad y debilidad.^{1,3,4}

Esta patología tiene un origen multifactorial, aunque el principal desencadenante es producido por factores de riesgo (FR) cardiovascular. Entre estos se encuentran la edad, sexo, color de la piel, antecedentes familiares de enfermedades coronarias, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, alcoholismo, trastornos lipídicos (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia), obesidad, sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés, consumo de cafeína y drogas, entre otros. Es en su promoción y prevención, donde el actuar de la Atención Primaria de Salud cobra importancia.^{3,4,5}

Al identificar tempranamente los FR presentes en un paciente, se puede actuar con premura para establecer cambios terapéuticos en el estilo de vida que eviten que la enfermedad se manifieste o que una vez haya ocurrido exista un mejor pronóstico clínico reduciéndose la mortalidad y la morbilidad.^{2,3}

Anualmente se registran alrededor de 17 millones de muertes. En el mundo cada cuatro segundos ocurre

un ataque cardíaco. Se estima que en el año 2019 el 12,6 % de las muertes a nivel mundial se debieron a una cardiopatía isquémica, que es la principal causa en países desarrollados y la tercera de los países en vías de desarrollo.^{2,3,4}

En países europeos como España representa la principal causa de muerte. En Estados Unidos se estima que alrededor de un millón de norteamericanos sufren de un ataque cardíaco anualmente y más de la mitad fallece antes de llegar al hospital, en promedio 1 de cada 25 pacientes que sobrevive fallece en los consecuentes doce meses.^{2,4,5}

En países de medianos y bajos ingresos las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad y morbilidad a nivel mundial afectando al sistema de salud público y la vida de los pacientes. A nivel de las Américas, la enfermedad isquémica del corazón constituye el 48 % de las muertes, y dos terceras partes de este, corresponden al infarto agudo del miocardio.^{2,4}

En América Latina la situación es muy compleja, pues alrededor del 40 % de las muertes se producen prematuramente, justo en el momento de mayor productividad de la vida, cuando el impacto económico y social es más sustantivo. En países como Ecuador es la principal causa de muerte para ambos sexos donde se reportaron en el año 2019 un total de 8,574 defunciones.^{3,6,7}

Según el Anuario Estadístico de Salud Cuba 2020, las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar entre las primeras causas de muerte (comportamiento similar al que se ha evidenciado desde 1970), donde se reportaron 29 939 muertes para una tasa bruta de 267,3 por 100 000 habitantes. En ese mismo año se tiene registro de 7 804 muertes por IMA. Se estima que, en Cuba, el 61,3 % de las muertes por enfermedades del corazón ocurre por enfermedades isquémicas, de ellas, el 44,2 % por IMA.^{4,6,8}

La provincia de Holguín en el año 2020 reportó 2 210 defunciones por Enfermedades del corazón, resultado superior a las 2 059 reportadas el año anterior. En el 2019, el municipio reportó 4 594 casos de infarto de miocardio y entre ellos 2 376 fallecidos.^{4,8}

Teniendo en cuenta estas alarmantes cifras y la importancia de identificar los factores de riesgo de mayor prevalencia en la población para prevenir esta patología se decidió realizar esta investigación con el objetivo de caracterizar los factores de riesgo del infarto agudo del miocardio en pacientes adultos pertenecientes al Consultorio del Médico de la Familia

Número 18, Policlínico Máximo Gómez, municipio Holguín, en el periodo de enero de 2021 a diciembre de 2021.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en pacientes adultos pertenecientes al Consultorio del Médico de la Familia Número 18, Policlínico Máximo Gómez, municipio Holguín, en el periodo de enero de 2021 a diciembre de 2021.

El universo estuvo constituido por 942 pacientes que cumplían con los siguientes criterios: pacientes adultos con edad igual o mayor a 20 años, con capacidad física y mental para responder la encuesta diseñada, y que dieran su consentimiento informado de participar; se excluyeron a todos aquellos que no cumplían con dichas condiciones. Del total de pacientes se seleccionó una muestra de 450 mediante muestreo aleatorio simple .

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, factores de riesgo no modificables, factores de riesgo modificables y cantidad de factores de riesgo. Dentro de los factores de riesgo potencialmente modificables se incluyeron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades cardíacas. En los factores de riesgo modificables, se seleccionaron el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el sedentarismo y la obesidad.

Los datos fueron obtenidos a través de la revisión de las historias clínicas de salud individual y familiar, así como con el uso de una encuesta diseñada y validada por el médico del consultorio que incluyó las variables investigadas, en preguntas básicas de respuesta cerrada.

Se confeccionó un modelo para la recolección de la información, que fue procesada en una hoja de cálculo en Microsoft Excel en su versión 2013, donde se analizó mediante estadística descriptiva. Se determinaron las frecuencias relativas, absolutas y porcentajes.

Se solicitó la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética y del Departamento de Docencia del policlínico, así como el consultorio en cuestión, los cuales otorgaron los permisos necesarios. Se cumplió en todo momento con la Declaración de Helsinki y con los principios éticos de la investigación científica de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

RESULTADOS

Predominaron los pacientes en el rango de edades comprendido entre 50 y 59 años, representando el 20,89 %. El 55,11 % del total de pacientes estudiados fueron del sexo masculino (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según edad y sexo (factores de riesgo no modificables) de los pacientes estudiados. Consultorio Médico No 18. Año 2021.

Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 - 29	15	3,33	23	5,11	38	8,44
30 - 39	26	5,78	35	7,78	61	13,56
40 - 49	26	5,78	36	8,00	62	13,78
50 - 59	48	10,67	46	10,22	94	20,89
60 - 69	40	8,89	42	9,33	82	18,22
70 - 79	32	7,11	47	10,44	79	17,55
80 - 89	15	3,33	19	4,22	34	7,56
Total	202	44,89	248	55,11	450	100

Fuente: Historia clínica familiar e individual y encuesta.

El 28,22 % del total de pacientes presentaron hipertensión arterial como factor de riesgo. Esta enfermedad estuvo seguida por otras como la Diabetes Mellitus y las Enfermedades cardíacas que representaron en 7,33 % y 6,22 % respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los factores de riesgo no modificables en pacientes del consultorio.

Factores de riesgo	n=450	%
Hipertensión Arterial	127	28,22
Diabetes Mellitus	33	7,33
Enfermedades cardíacas	28	6,22

El hábito de fumar estuvo presente en el 20,22 % de los pacientes estudiados, siendo el factor de riesgo modificable de mayor incidencia. Otros como el Sedentarismo (14,89), la Obesidad (9,78) y el Consumo de alcohol (3,78) tuvieron una representación inferior (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los factores de riesgo modificables en pacientes del consultorio.

Factores de riesgo	n=450	%
Hábito de fumar	91	20,22
Sedentarismo	67	14,89
Obesidad	44	9,78
Consumo de alcohol	17	3,78

Existió predominio de pacientes con al menos un factor de riesgo, representando el 29,33 %. El 14,89 % de los pacientes no presentaron factores de riesgo para el desarrollo del infarto agudo del miocardio (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de cantidad de factores de riesgo concurrentes en pacientes del consultorio.

Cantidad de factores de riesgo	No.	%
0	67	14,89
1	132	29,33
2	106	23,56
3	89	19,78
4	37	8,22
5	16	3,56
6	1	0,22
7	2	0,44
Total	450	100

DISCUSIÓN

El término Factores de Riesgo (FR), hace alusión a toda condición biológica, socioeconómica o de estilo de vida, que se halle relacionada con un incremento de la probabilidad de padecer una determinada patología.⁶

Los FR del IAM, han sido estudiados con una gran profundidad. Para su correcto manejo, pueden dividirse en no modificables (edad, sexo, color de la piel, antecedentes familiares de enfermedades coronarias, trastornos lipídicos), potencialmente modificables (hipertensión arterial, diabetes

mellitus,) y modificables (tabaquismo, alcoholismo, obesidad, sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés, consumo de cafeína y drogas).^{3, 4, 9}

Algunos autores, como Proenza Fernández et al.² optan por clasificarlos en clásicos y conductuales. Estos vocablos pueden causar cierta confusión, pues por ejemplo dentro de los clásicos se incluye el tabaquismo, que pudiera considerarse un factor conductual. Para evitar problemas de comprensión, se descartó esta clasificación.

En cuanto a la edad, se concordó con el estudio de Gómez Tejedas et al.⁶ realizado en Gibara, Holguín, Cuba, donde el grupo de edades más representado fue el de 50 a 59 años, con un 38,9 %. A pesar de esto se discrepó, en relación al sexo pues el 55,5 % de los pacientes estudiados eran del sexo femenino. Resultados similares a los antes expuestos, fueron obtenidos por González de la Fé et al.¹⁰, constatándose predominio el sexo femenino (53.68 %) y la edad media fue de 56.6 años. En relación al sexo, se coincidió con la investigación de Proenza Fernández et al.², en la cual predominó el sexo masculino con un 54,4 %, pero la edad de los pacientes fue superior a la obtenida en la presente investigación, siendo más prevalente en el grupo de edades de 65-74 años.

Estos datos se asemejan a los de Pérez Castellanos et al.¹¹, donde a pesar de la mayor incidencia del sexo masculino (52,5 %), el rango de edades fue superior al descrito, con un predominio de pacientes entre 60-69 (26,7 %). En la investigación de Sarmiento Hernández et al.⁴ llevada a cabo con el objetivo de caracterizar los factores de riesgo cardiovascular presentes en pacientes con infarto agudo de miocardio, de un consultorio médico, se encontró predominio de pacientes entre 61 y 80 años de edad (55 %), así como el sexo masculino (60 %).

En la investigación de Almira Cisnero et al.⁷, donde se realizó una caracterización clínica y epidemiológicamente a los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio, predominó el grupo de edades de 70 años y más, (46,7 %) y el sexo masculino con el 62,2 %. Con ambas investigaciones anteriormente citadas se concordó en relación al sexo, pero no a la edad.

En la tesis de Celi Romero¹, se afirma que el IAM, posee una mayor incidencia en hombres y en personas de entre 55 y 65 años, cifras que se corresponden con la presente investigación. Además asevera que las mujeres jóvenes tienen una protección estrogénica que reduce el riesgo en relación con los varones, esto

es únicamente hasta que aparece la menopausia donde los niveles de riesgo son iguales o mayores.

Según el criterio de los autores, el predominio del sexo masculino puede explicarse, por el hecho de que los hombres se encuentran expuestos a una mayor cantidad de FR en relación con las mujeres. Además, en muchas ocasiones, los hombres son más reacios a recibir ayuda médica preventiva por criterios socioculturales y a roles sociales, que imposibilitan el actuar oportuno de la prevención de dichas patologías.

Muchas investigaciones tienen en común, la hipertensión arterial y el tabaquismo como FR de mayor importancia de esta patología. Según el criterio de los autores, esto puede deberse a que la hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia en la población y a que el tabaquismo es un mal hábito muy extendido, sobre todo desde edades tempranas.

En la hipertensión arterial, el incremento de las cifras de la presión arterial acelera los riesgos de las arteriosclerosis. Los daños estructurales del corazón de un hipertenso comprometen su función cardíaca. La hipertrofia ventricular izquierda y las alteraciones de los pequeños vasos coronarios se asocian a arritmias malignas, muerte súbita y comprometen la perfusión miocárdica.³

El humo de tabaco expone directamente a los tejidos con sustancias químicas nocivas, como el monóxido de carbono y la nicotina. Ambos ejercen efectos sobre el sistema cardiovascular, ya que aumentan el trabajo cardíaco, provocan alteraciones en el metabolismo de lípidos, hipercoagulación e intervienen en la formación temprana de placas ateroscleróticas.³

El cigarro puede actuar como agravante en casos de cardiopatía isquémica. Además, la nicotina actúa sobre el sistema nervioso autónomo liberando catecolaminas, produciendo disfunción endotelial y el incremento de la agregación plaquetaria.¹

En Proenza Fernández et al², el tabaquismo estuvo presente en el 53,3 % de los pacientes seguidos de la Hipertensión Arterial en el 43,3 %. En Gómez Tejedas et al.⁶, la hipertensión arterial y el tabaquismo ocuparon el segundo y tercer lugar dentro de los factores más prevalentes con un 45,83 % y 39,81 % respectivamente, precedidos por el sedentarismo con un 65,74 %.

A pesar de que en la presente investigación se concordó en que estos fueron los factores

prevalentes, los porcentajes obtenidos son inferiores a los citados, lo que puede hacer alusión a un mejor control preventivo por parte de la atención primaria y a un mejor estado de salud de la población.

En investigaciones, con pacientes que han padecido la enfermedad la incidencia de estos FR aumenta considerablemente. En Sarmiento Hernández et al⁴, el 60 % de los pacientes tenían tensión arterial alta y el 100 % afirmaron ser fumadores; y en Almira Cisnero et al⁷, la hipertensión arterial (82,2 %) y el tabaquismo (62,2 %) fueron los factores de riesgo de mayor prevalencia seguidos por la diabetes mellitus (46,7 %).

En el estudio de Alonso Carballo et al¹², con el objetivo de describir el perfil de riesgo en fallecidos por infarto miocárdico en la atención pre-hospitalaria, se encontró que la hipertensión arterial (73,6 %) y el tabaquismo (66,0 %) fueron los factores de riesgo modificables más identificados seguidos de la obesidad (52,8 %).

En el estudio de Zamora Fung et al¹³, realizado para determinar el riesgo cardiovascular en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 pertenecientes a un consultorio médico, se encontró relación entre la presencia de Hipertensión Arterial descompensada y un riesgo cardiovascular alto o muy alto.

A pesar de los datos comentados en relación a la prevalencia de la hipertensión arterial y el tabaquismo, en investigaciones como la de Teruel Ginés et al¹⁴, existieron otros factores de riesgo predominantes como el sedentarismo (63 %) y la tensión emocional mantenida (49,2 %).

No se coincidió con la investigación de Gómez Tejedas et al⁶, donde el 24,53 % de los pacientes presentaron tres factores de riesgo. Si bien es un porcentaje aproximado al obtenido en el presente artículo, pero en este existió mayor predominio de pacientes con un solo factor de riesgo.

En el estudio de Sotés Martínez et al¹⁵, con el objetivo de describir los factores de riesgo cardiovascular presentes en adolescentes en un consultorio el 38,6% estuvo expuesto a dos o tres factores de riesgo. En Alonso Carballo et al¹², se afirma que tener más de 3 factores de riesgo, sumado con una mayor demora en ser admitido luego del infarto influye negativamente en la sobrevida.

CONCLUSIONES

Existió predominio de los pacientes adultos masculinos con hipertensión arterial y hábito de fumar. La mayoría de los pacientes tenía al menos un factor de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Celi Romero CE. Tratamiento farmacológico y factores de riesgo en infarto agudo al miocardio a partir del análisis de un caso clínico. (Tesis). Ecuador: Universidad Técnica de Machala. [Internet]. 2019. [citado 3 de enero del 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/14153>
2. Proenza Fernández L, Gallardo Sánchez Y, Figueredo Remón RJ, López Madrigal Y, García Blanco S. Estimación del riesgo cardiovascular en pacientes del Policlínico René Vallejo Ortiz. I Jornada Científica Virtual. CaliMay2020 [Internet]. 2020 [citado 3 de enero del 2022]; 1(120). Disponible en: <http://calimay2020.sld.cu/index.php/calymay/2020/paper/viewPaper/120>
3. Loachamin Montalvan KM. Infarto agudo de miocardio: factores de riesgo y tratamiento. (Tesis). Ecuador: Universidad Técnica de Machala. [Internet]. 2021. [citado 3 de enero del 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/16950>
4. Sarmiento Hernández M, Aguilar Torres E, Rojas Guerrero OA, Sarmiento Hernández S, Pupo Cruz VL. Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con infarto agudo del miocardio. HolCien [Internet]. 2021 [citado 3 de enero del 2022]; 2(2). Disponible en: <http://www.revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/170>
5. Gomez Barranco V. Programa de prevención del Infarto Agudo de Miocardio para pacientes con factores de riesgo cardiovasculares desde Atención Primaria. (Tesis). España: Universidad de Zaragoza. 2019. [citado 3 de enero del 2022]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/88980?ln=es>
6. Gómez Tejeda JJ, Diéguez Guach RA, Iparraguirre Tamayo AE. Comportamiento del riesgo cardiovascular global en adultos mayores de 40 años en un consultorio médico. HolCien [Internet]. 2020 [citado 3 de enero del 2022]; 1(2). Disponible en: <http://www.revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/29>
7. Almira Cisnero AD, Izquierdo Palau S, Izquierdo Palau Y, Soler Izquierdo E. Morbilidad por infarto agudo de miocardio en una unidad de cuidados intensivos. Área de salud Mayarí. Morfovvirtual 2020 [Internet]. 2020 [citado 3 de enero del 2022]; 1(410). Disponible en: <http://www.morfovvirtual2020.sld.cu/index.php/morfovvirtual/morfovvirtual2020/paper/viewFile/462/410>
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Mortalidad. Estadística. En: Anuario Estadístico 2020 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2021. [citado 3 de enero del 2022]; [aprox1 p.]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Español-2020-Definitivo.pdf>
9. Albert Cabrera MJ, Montano Luna JA, Prieto Díaz VI, Céspedes Lantigua LA. Afecciones cardíacas. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. T V. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p.1113-1213.
10. González de la Fé R, Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, Mustelier Sánchez RM, Remón Elías M. Evaluación del riesgo cardiovascular global en población adulta del Consultorio Médico 21. Multimed [Internet]. 2018 [citado 3 de enero del 2022]; 21(6). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/673>
11. Pérez Castellanos R, Piedra Garcés M, Piedra Garcés M, García Montalvo ER, Francisco Pérez JC. Factores de riesgo cardiovascular en adultos del Policlínico Docente “Primero de Enero”. Arch Univ “Gen Calixto García”. [Internet]. 2021 [citado 3 de enero del 2022]; 9(3):396-409. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/741>
12. Alonso Carballo J, Martínez Abrantes M, Gómez Gutiérrez M, Estrada Agüero E. Perfil de riesgo en fallecidos por infarto agudo de miocardio en atención pre-hospitalaria: 2017-2019. 1era Sociedad Científica Virtual Capítulo La Habana de la Sociedad Cubana de Enfermería. [Internet]. 2020 [citado 3 de enero del 2022]; 1(11716). Disponible en: <https://camjol.info/index.php/RMH/article/view/11716>
13. Zamora Fung R, Rojas Clemente AR, Blanc Márquez A, Garrido Lena LI, Domínguez Fabars A. La estimación del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un consultorio médico. Morfovvirtual 2020. [Internet]. 2020 [citado 3 de enero del 2022]; 1(297). Disponible en: <http://morfovvirtual2020.sld.cu/index.php/morfovvirtual/morfovvirtual2020/paper/view/297>
14. Teruel Ginés R, Bermúdez Garcell AJ, Serrano Gámez NB, Suarez Delgado M, Aballe Betancourt

A. Factores modificables de riesgo coronario en la población del consultorio 40 Policlínica Manuel Piti Fajardo. ESPOCH [Internet]. 2021 [citado 3 de enero del 2022]. 12(1). Disponible en: <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/511>

15. Sotés Martínez JR, Rey Pino DR, Araujo Gacía M. Factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de un consultorio médico. ActMedCentro [Internet]. 2020 [citado 3 de enero del 2022]. 14(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=92218>

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

FMHV: conceptualización, investigación, metodología, análisis formal, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

VLPC: investigación, metodología, análisis formal, redacción - borrador original.

ESAT: investigación, metodología, análisis formal, redacción - borrador original.

DMFS: conceptualización, investigación, metodología, análisis formal, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.