

## Estimación del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos del reparto Santiesteban del municipio Holguín

Lázaro Cobiellas Carballo<sup>1</sup> , Anabell Anazco Hernández<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Facultad de Medicina "Mariana Grajales". Holguín, Cuba.

### RESUMEN

**Introducción:** el riesgo cardiovascular es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una enfermedad invalidante dentro de un plazo de tiempo y depende de la cantidad de factores de riesgo que esté presente en el individuo.

**Objetivo:** determinar el riesgo cardiovascular global en pacientes hipertensos del reparto Santiesteban del municipio Holguín.

**Método:** se realizó un estudio transversal, con universo constituido por 648 pacientes hipertensos pertenecientes al reparto Santiesteban, y muestra de 241 pacientes hipertensos del mismo reparto. La información se recolectó de las historias clínicas individuales.

**Resultados:** el 36,61% de los estudiados fue clasificado con riesgo bajo, el 30,29% con riesgo moderado, 18,67% alto, 9,13% muy alto y el 5,39% con riesgo crítico. El 51% lo constituyeron los masculinos y el 75% del total de pacientes tenía 50 años o más, y estos representaron el 84,61% de los pacientes con riesgo crítico. El 65,7% de los pacientes fumadores y el 50% de los diabéticos presentaron un riesgo entre alto y crítico. La media de la presión arterial fue de  $141,3 \pm 18,7$  y  $87,3 \pm 13,2$  para la presión sistólica y diastólica respectivamente. El colesterol total promedio en los pacientes fue  $6,03 \pm 1,24$ .

**Conclusiones:** un grupo importante de pacientes presentaron un riesgo cardiovascular entre moderado y crítico; predominaron los del sexo masculino, al tiempo que fueron los de mayor riesgo cardiovascular promedio. El estudio demuestra la necesidad de intensificar las acciones de prevención primaria en enfermedades cardiovasculares en el área.

**Palabras clave:** Riesgo cardiovascular, Hipertensión arterial, Prevención cardiovascular

Durante el año 2012, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) fueron responsables del 68% de todas las muertes en el mundo, con más de 38 millones de fallecidos. El líder de este grupo lo constituyeron las enfermedades cardiovasculares, que provocaron cerca de 17,5 millones de muertes (cer-

ca del 46% de este total)<sup>1</sup>, de estas muertes 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria y 6,7 millones, a los accidentes cerebrovasculares<sup>2</sup>. Si las tendencias actuales continúan, este número de muertes hasta 22,2 millones para el año 2030<sup>3</sup>.

En la región de Las Américas durante el año 2014, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares fue de 63,1 por cada mil habitantes<sup>4</sup>, mientras que en Cuba según datos del Anuario Estadístico del 2017, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares durante el 2016 fue de 217,7 por cada 100 000 habitantes, representando el 37,3% del total de defunciones durante ese año<sup>5</sup>.

Para la Organización Mundial de la Salud, los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares los constituyen: la hipertensión arterial (13% de las muertes a nivel mundial), el tabaquismo (9%), la diabetes mellitus (6%), el sedentarismo (6%), el sobrepeso y la obesidad (5%)<sup>2</sup>.

La Hipertensión Arterial (consistente en la elevación persistente y no fisiológica de la presión arterial sistémica, definida por una PA sistólica en reposo  $\geq 140$



Correspondencia a: Lázaro Cobiellas Carballo. Correo electrónico: [lcobiellasc@infomed.sld.cu](mailto:lcobiellasc@infomed.sld.cu)

**Publicado:** 27/03/2020

**Recibido:** 20/12/2018 **Aceptado:** 21/12/2019

### Como citar este artículo:

Cobiellas Carballo L, Anazco Hernández A. Estimación del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos del reparto Santiesteban del municipio Holguín. 16 de Abril [Internet]. 2020 [fecha de citación];59(275): e865. Disponible en: [http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_4/article/view/865](http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/865).

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

mmHg o una PA diastólica en reposo  $\geq 90$  mmHg)<sup>6</sup>, es uno de los principales factores de riesgo como causa de mortalidad. Constituye, además, el principal factor de riesgo cardiovascular, responsable del 58% de las muertes dentro de este grupo, y de no ser controlada puede provocar apoplejía, infarto cardíaco, demencia, fallo renal y ceguera<sup>7</sup>.

A nivel mundial, la prevalencia de HTA en adultos mayores de 18 años de edad se encontró alrededor del 22% en 2014<sup>8</sup>; y en Cuba, durante el 2016 fue de 219,4 por cada 1 000 habitantes<sup>5</sup>.

En el año 2015 fallecieron en Cuba un total de 3 427 personas por enfermedades hipertensivas. Cifras superiores al año 2014 en que el número de muertes fue 3 339 con una tasa de letalidad de 29,9 por cada mil habitantes<sup>5</sup>.

El riesgo cardiovascular es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una de estas enfermedades dentro de un determinado plazo de tiempo y esto va a depender fundamentalmente de la cantidad de factores de riesgo que estén presentes en el individuo<sup>2</sup>. Existen distintas escalas de predicción de este riesgo cardiovascular<sup>9</sup>. La estimación de que un individuo sufra un episodio cardiovascular a partir de sus factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) constituye un elemento valioso para la prevención primaria. Para llevar a cabo un adecuado trabajo de prevención primaria, se debe conocer el riesgo cardiovascular de la población en general y de cada individuo en particular<sup>10</sup>.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente planteado, se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar el riesgo cardiovascular global en pacientes hipertensos pertenecientes al reparto Santiesteban del municipio Holguín, en el período de febrero a octubre del 2017.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** observacional, descriptivo, de corte transversal en pacientes hipertensos del Reparto Santiesteban del municipio Holguín desde febrero a octubre del 2017.

**Universo y muestra:** El Universo del estudio lo constituyeron 648 pacientes hipertensos de los Consultorios Médicos de Familia 1, 2 y 3 del Policlínico "Alex Urquiola Marrero", responsables de los pacientes de dicho reparto. La muestra estuvo integrada por 241 pacientes de dicho reparto, con edades comprendidas entre 40 y 80 años, seleccionados luego del cálculo muestral, por un muestreo probabilístico de tipo aleatorio estratificado, con estratos para cada consultorio en correspondencia con el universo de hipertensos; el cálculo del tamaño muestral se realizó con la herramienta StatCalc del software Epi Info 7.2<sup>12</sup>, para un nivel de confianza del 95%, y una frecuencia esperada del 50%.

**Variables y recolección de datos:**

Se estudiaron las variables sociodemográficas (edad, sexo); además la estimación del riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto, muy alto, crítico) y los factores de riesgo.

La información se recolectó a través de una fuente secundaria, mediante la revisión de las historias clínicas individuales de los pacientes pertenecientes a cada consultorio, para ello se confeccionó una guía de recogida de los datos. Para la estimación del riesgo cardiovascular global se utilizó las guías de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de la calculadora llamada CardioCal<sup>13</sup>.

**Procesamiento estadístico:** Para el procesamiento de la información se utilizó la herramienta estadística Epi Info 7.2<sup>12</sup> a través de la cual y mediante los resultados de la información recolectada a partir de las historias clínicas individuales se aplicaron estadígrafos descriptivos como la frecuencia absoluta, relativa y medidas de tendencia central (media) para las variables cuantitativas.

**Normas éticas:** Para la realización de la presente investigación se solicitó la aprobación por parte del Comité de Ética Médica del Policlínico Universitario "Alex Urquiola Marrero", no se reveló en ningún momento la identidad de la población involucrada, ni los datos obtenidos, estos solo fueron del conocimiento de los autores con fines investigativos. El estudio cumple con la II Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

Hubo un discreto predominio del sexo masculino con 123 pacientes (51,04 %). En ambos sexos, los más representativos fueron los 83 pacientes que tenían edades comprendidas entre 50 y 59 años (34,44 %).

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%
40 – 49 años	39	16,18	21	8,71	60	24,90
50 – 59 años	46	19,08	37	15,35	83	34,44
60 – 69 años	28	11,61	42	17,42	70	29,04
70 – 80 años	10	4,14	18	7,46	28	11,62
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>51,04</b>	<b>118</b>	<b>48,97</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas individuales FA: Frecuencia absoluta

Predominaron los 88 pacientes con riesgo cardiovascular bajo (36,51 %), sin embargo más de la mitad de los pacientes por encima de 60 años presentó un ries-

go cardiovascular entre moderado y crítico; fueron los pacientes con 70 años o más los mayormente representados en el riesgo cardiovascular clasificado como crítico.

**Tabla 2: Distribución de los pacientes estudiados según edad y riesgo cardiovascular global estimado.**

Edad	Bajo	Modera- do	Alto	Muy alto	Críti- co	Total
	FA (%)	FA %	FA %	FA %	FA %	FA %
40 – 49 años	34 (14,10)	10 4,14	11 4,56	3 1,24	2 0,82	60 24,90
50 – 59 años	39 (16,18)	25 10,37	9 3,73	7 2,90	3 1,24	83 34,44
60 – 69 años	14 (5,80)	35 14,52	13 5,39	6 2,48	2 0,82	70 29,04
70 – 80 años	1 (0,41)	3 1,24	12 4,97	6 2,48	6 2,48	28 11,62
<b>Total</b>	<b>88 36,51</b>	<b>73 100</b>	<b>45 18,67</b>	<b>22 9,12</b>	<b>13 5,39</b>	<b>241 100</b>

Fuente: Historias clínicas individuales FA: Frecuencia absoluta

Predominaron los del sexo masculino con riesgo muy alto 13 pacientes para un 5,39 % del total) y crítico (8 para un 3,31 %); mientras que en moderado, predominaron las féminas (41 para un 17,01 %).

**Tabla 3: Distribución de los pacientes estudiados según sexo y riesgo cardiovascular global estimado.**

Sexo	Bajo	Modera- do	Alto	Muy alto	Críti- co	Total
	FA %	FA %	FA %	FA %	FA %	FA %
Masculino	47 19,50	32 13,27	23 9,54	13 5,39	8 3,31	123 51,04
Femenino	41 17,01	41 17,01	22 9,12	9 3,73	5 2,07	118 48,96
<b>Total</b>	<b>88 36,51</b>	<b>73 30,29</b>	<b>45 18,67</b>	<b>22 9,12</b>	<b>13 5,39</b>	<b>241 100</b>

Fuente: Historias clínicas individuales FA: Frecuencia absoluta

La mayoría de los pacientes con riesgo cardiovascular entre alto y crítico fumaban. La Diabetes Mellitus fue más prevalente entre los de riesgo muy alto y crítico. El IMC fue mayor en los que presentaron riesgos más altos. La presión arterial sistólica y la diastólica fueron mayores en los con riesgo cardiovascular más elevado. El colesterol presentó niveles más elevados en correspondencia con los niveles de riesgo más altos.

**Tabla 4: Distribución de los pacientes estudiados según sexo y riesgo cardiovascular global estimado.**

Factores de riesgo	Bajo	Modera- do	Alto	Muy alto	Crítico	Total
	N = 88 (36,51)	N = 73 (30,29)	N = 45 (18,68)	N = 22 (9,13)	N = 13 (5,39)	N = 241
<b>Tabaquismo</b>						
Sí	2 (2,27)	21 (28,77)	24 (53,33)	12 (54,55)	8 (61,54)	67 (27,80)
No	86 (97,73)	52 (71,23)	21 (46,67)	10 (45,45)	5 (38,46)	174 (72,20)
<b>Diabetes</b>						
Sí	27 (30,68)	9 (12,33)	10 (22,22)	15 (68,18)	11 (84,62)	72 (29,88)
No	61 (69,32)	64 (87,67)	35 (77,78)	7 31,82)	2 (15,38)	169 (70,12)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	25,6 ± 6,9	27,2 ± 6,3	28,7 ± 7,6	30,1 ± 6,6	31,3 ± 7,1	29,2 ± 6,3
PAS (mm Hg)	131,5 ± 11,5	138,7 ± 12,3	139,2 ± 10,1	141,9 ± 14,3	144,3 ± 11,3	141,3 ± 18,7
PAD (mm Hg)	81,2 ± 10,1	83,6 ± 14,8	86,7 ± 12,1	88,1 ± 9,7	89,2 ± 11,4	87,3 ± 13,2
Colesterol total (mmol/L)	4,2 ± 3,1	4,9 ± 3,4	5,9 ± 2,3	5,4 ± 3,1	6,7 ± 1,4	6,03 ± 1,24

Fuente: Historias clínicas individuales

N: Cantidad de pacientes IMC: Índice de Masa Corporal  
PAS: Presión Arterial Sistólica  
PAD: Presión Arterial Diastólica

## DISCUSIÓN

El sexo es un fenómeno a considerar en cuanto a la prevalencia de la HTA. De acuerdo a los resultados de la presente investigación, en el área estudiada existe una mayor prevalencia en el sexo masculino, resultados que difieren a los revisados en la literatura<sup>14-18</sup>, donde esta enfermedad fue más prevalente en el sexo femenino; al tiempo que corresponden con los obtenidos por Lauzurica<sup>19</sup> donde la mayoría de los pacientes con hipertensión eran hombres.

Con el aumenta la edad se producen modificaciones en el sistema cardiovascular que incrementan el riesgo de padecer hipertensión arterial. En el presente estudio predominaron los pacientes hipertensos con edades por encima de los 50 años, resultados superiores a los obtenidos por Lauzurica<sup>19</sup> y Herrera<sup>18</sup>, donde la mayoría de los pacientes hipertensos tenían ente 25 y 44 años; al tiempo corresponden con los obtenidos por Chaves<sup>17</sup> y De la Rosa<sup>16</sup>,

donde predominaron los mayores de 50 años.

El riesgo cardiovascular es un predictor de la salud, su estimación permite trazar estrategias para prevenir un evento cardiovascular. El presente estudio mostró que la mayoría de los pacientes presentaron un riesgo cardiovascular bajo, sin embargo una parte importante de estos presentó un riesgo cardiovascular entre alto y crítico; resultados inferiores a los obtenidos por Martell-Claros<sup>14</sup>, donde la mayoría de los pacientes presentó un riesgo alto o muy alto, al tiempo que corresponden con los obtenidos por Mora<sup>20</sup>, Álvarez-Ceballos<sup>2</sup> y Sánchez<sup>21</sup>. Los resultados son superiores a estudios realizados por Varona<sup>22</sup>, Armas<sup>23</sup> y Noval<sup>15</sup>. Estos resultados demuestran que está existiendo un aumento del riesgo cardiovascular en comparación con los indicadores nacionales.

Al relacionar el riesgo cardiovascular con la edad, se puede apreciar cómo, paralelo al incremento de la edad, ocurre un incremento del riesgo cardiovascular, de acuerdo a los resultados de este estudio; los que corresponden con la literatura consultada<sup>15, 23, 24, 25</sup>.

En cuanto a la magnitud del riesgo estimado y su relación con el sexo, se pudo apreciar una mayor prevalencia de riesgo desde alto hasta crítico en los masculinos y para las féminas fue más frecuente el riesgo estimado como moderado y bajo. Estos resultados se contraponen a los obtenidos por Mora<sup>20</sup>, donde las mujeres presentaron riesgo cardiovascular mayor que los hombres; y están en correspondencia con los obtenidos por Álvarez-Ceballos<sup>2</sup>, Armas<sup>23</sup> y Noval<sup>15</sup>.

El tabaquismo es otro de los factores de riesgo en la estimación del riesgo cardiovascular. La población estudiada mostró cierta relación entre este hábito y la presencia de riesgo cardiovascular más alto, ya que la mayoría de los pacientes fumadores presentó un riesgo cardiovascular entre alto y crítico. Esto está en correspondencia con los resultados obtenidos por Martínez-Espichán<sup>26</sup>, Mora<sup>27</sup> y Sánchez<sup>21</sup>.

La Diabetes mellitus es otra de las enfermedades crónicas que se relaciona con los riesgos cardiovasculares más altos. En el presente estudio se encuentra relacionada con los riesgos muy alto y crítico, debido a que casi todos los pacientes con esta enfermedad presentan los riesgos más altos. Este resultado está en relación con toda la bibliografía consultada<sup>2, 15, 20, 21, 25, 26, 28-30</sup>.

Tanto el IMC, la presión arterial sistólica, diastólica y el colesterol total tuvieron relación con el incremento del riesgo cardiovascular, pues sus mayores cifras fueron más frecuentes en los pacientes con riesgo cardiovascular muy alto o crítico. El presente estudio arrojó resultados superiores en cuanto a estos indicadores en relación con la literatura consultada<sup>2, 14, 15, 17, 23, 25, 26, 29, 32</sup>.

## CONCLUSIONES

Los resultados demostraron el riesgo real incrementado de sufrir un evento cardiovascular en un período de 10 años. Al propio factor que constituye la HTA se suman los factores que se pudieron identificar como una elevada prevalencia de tabaquismo, diabetes mellitus e hipercolesterolemia presentes en estos pacientes. Predominaron los del sexo masculino y de ellos los mayores de 50 años de edad. A pesar de que predominaron los pacientes con riesgo bajo, es importante el número incrementado en comparación con otros estudios de pacientes con riesgo muy alto y crítico.

## AUTORÍA

Lázaro Ibrain Cobiellas Carballo: concepción y diseño del estudio, análisis de los datos, redacción del manuscrito.

Anabell Anazco Hernández: Concepción y diseño del estudio, análisis de los datos, interpretación de los datos, revisión del manuscrito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. World Health Statistics 2016. Geneva: World Health Organization; 2016. (Monitoring Health for The SDGs. World Health Statistics).
2. Juan Camilo Álvarez-Ceballos AMÁ-M. Determinación del riesgo cardiovascular en una población. *Rev Colomb Cardiol*. 2017; 24:334-41.
3. World Health Organization. Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care. World Health Organization; 2016.
4. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud en Las Américas: Indicadores Básicos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2016. (Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud).
5. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana; 2016.
6. Henry R. Black WJE. Hypertension: A Companion to Braunwald's Heart Disease. 2nd ed. Luis Rodríguez Padial, editor. España: Elsevier; 2014. 451 p. (Braunwald).
7. Lim SS VT. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2018; 380:2224–2260.
8. World Health Organization. The health of the people: what works – the African Regional Health Report 2014. Geneva: WHO; 2015.
9. Santiago Cedeño Mora MG. Predicción del riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Soc Esp Nefro*. 2017; 37:293-300.
10. Alemañ MA, Estupiñán FA, Alemañ FA, León JAA de, Escobar M del CÁ, Merino MS. Riesgo cardiovascular global y edad vascular: herramientas claves en la prevención de enfermedades cardiovasculares. *Rev Médica Electrónica*. 2016; 38(2):211-26.
11. P. Blanca RF-P. Estrategia óptima de búsqueda de daño de órgano diana asintomático en el hipertenso. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2017; 34:145-8.

12. Dean AG, Arner TG, Sunki GG, Friedman R, Lantinga M, Sangam S, et al. Epi Info, base de datos y programa estadístico para profesionales de la salud [Internet]. Atlanta, Georgia, EEUU: Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades; 2015. (Epi Info).
13. Pixeloide. CardioCal [Internet]. Pixeloide; 2007. Disponible en: <https://www.paho.org/cardioapp/>.
14. N. Martell-Clarosa MA-C. Blood pressure control and cardiovascular risk among rural and urban population in Spain. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2015; 31:88-95.
15. de la Noval Garcia R, Garcia RJ de la N, Martínez SER, Herrera AD, Rojas NA, González MA, et al. Estimación del Riesgo Cardiovascular Global en trabajadores del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. *Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc.* 2018; 19(2):66-71.
16. José M. De la Rosa Ferrera MAS. Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador. *Rev Arch Med Camagüey.* 2017; 21:361-9.
17. Chaves G BN. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población adulta ambulatoria urbana: estudio AsuRiesgo, Paraguay. *Rev Panam Salud Publica.* 2015; 38:136-43.
18. Mary Leivys Herrera Giró MAG. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en trabajadores de una institución de salud. *Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc.* 2017; 23.
19. Lourdes Zubeldia Lauzurica JQI. Prevalencia de la Hipertensión Arterial y de sus factores de riesgo en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *Rev Esp Salud Pública.* 2016; 90:e1-11.
20. González MM, Rodríguez OSL, Sánchez XM. Caracterización clínica y riesgo cardiovascular global en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. *Medimay.* 2017; 24(1):25-36.
21. Sánchez BV, Peña EV, Cruz MC. Estimación del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Finlay.* 2015; 5(3):178-89.
22. Varona Pérez P, Pérez PV, Rojas NA, Medina RS, Gorbea MB, Herrera AD. Estimación del riesgo cardiovascular en la población cubana. Una aproximación al tema. *Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc* 2015; 21(4).
23. Armas Rojas NB, Rojas NBA, Herrera AD, Medina RS, Rojas LL, García R de la N, et al. Estimación del Riesgo Cardiovascular Global en el Municipio Colon. Matanzas, Cuba. *Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc* 2016; 22(3):134-42.
24. Abrahante SAC, Cruz RS. Riesgo cardiovascular global en una población de combatientes. *Rev Haban Cienc Méd* 2012; 11(3).
25. Rodríguez-Blanco SA-GJ. Riesgo cardiovascular global en mujeres pertenecientes a un área de salud de Centro Habana. *Rev Finlay.* 2014; 4.
26. Yordan Martínez-Espichán RZ-H. Características de los factores de riesgo cardiovascular en una población urbana y rural de la selva peruana, julio - 2014. *Horiz Med.* 2017; 17:38-42.
27. Maribel Mora González OSLR. Caracterización clínica y riesgo cardiovascular global en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. *Medimay.* 2017; 24:25-36.
28. Julio Cesar Candelaria Brito TCG. Estimación del riesgo cardiovascular global en pacientes con diabetes mellitus. *MEDISAN.* 2013; 17:316-23.
29. Abascal JV, Mosqueda MRG, Hernández YG, Abascal LAV, Estevez MR. Predicción de riesgo coronario y cardiovascular global en la atención primaria de salud. *Correo Científico Méd* 2015; 19(2).
30. Maaik Weijmans Y van der G. Prevalence and risk of cardiovascular risk factors and events in offspring of patients at high vascular risk and effect of location of parental vascular disease. *Int J Cardiol.* 2015; 195:195-202.
31. Bert Vaes DD. Association between traditional cardiovascular risk factors and mortality in the oldest old: untangling the role of frailty. *BMC Geriatr.* 2017; 17:1-8.
32. Martin Scheerbaum. Prevalence of cardiovascular risk factors among 28,000 employees. *Vasa.* 2017; 46:203-10.

## Global cardiovascular risk estimation in hypertensive patients from the Santiesteban neighborhood in Holguin municipality

### ABSTRACT

**Introduction:** cardiovascular risk is the probability an individual has of suffering from a disabling disease within a period of time and it depends on the amount of risk factors present in the individual. **Objective:** to determine the global cardiovascular risk in hypertensive patients from Santiesteban neighborhood of Holguin municipality. **Method:** A transversal study was conducted, with a universe of 648 hypertensive patients from Santiesteban neighborhood and a sample of 241 hypertensive patients from the same neighborhood. The information was gathered from the clinical history of the patients. **Results:** 31.61% of the patients under study was classified as low-risk, 30.29% as moderate risk, 18.67% as high risk and 5.39% as critical risk. 51% were male and 75% out of all patients were aged 50 or over, and they represented 84.61% of the patients with critical risk. 65.7% of the patients who smoke and 50% of those who are diabetic had a risk assessed between high and critical. The median blood pressure was  $141.3 \pm 18.7$  and  $87.3 \pm 13.2$  for the systolic and diastolic pressure respectively. Average total cholesterol in the patients was  $6.03 \pm 1.24$ . **Conclusions:** An important group of patients had a cardiovascular risk between moderate and critical; males predominated and they were also those with a mean cardiovascular risk. The study shows the need of intensifying the actions of primary prevention in cardiovascular diseases in the area studied.

**Keywords:** Cardiovascular risk; Arterial hypertension; Cardiovascular prevention



Este artículo de Revista 16 de Abril está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Revista 16 de Abril.