

Salud cardiovascular en adultos mayores hospitalizados en un servicio de geriatría

Cardiovascular Health in Older Adults Hospitalized in a Geriatric Service

Celia María González Ugalde^{1*} <https://orcid.org/0009-0004-8641-2766>

Jorge Luis León Álvarez¹ <https://orcid.org/0000-0003-0980-8981>

Cristina Beritan Moreno¹ <https://orcid.org/0000-0002-3651-0032>

Susel Quesada Peña¹ <https://orcid.org/0000-0002-8491-7945>

¹Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: dragonzalezcelia@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional constituye una realidad palpable, asociada a esto, existe un incremento en la prevalencia de los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares. Los problemas relacionados con la salud cardiovascular tienen un impacto directo en la calidad de vida. La evaluación de la salud cardiovascular es un reto en la práctica clínica. El riesgo cardiovascular global y el índice de salud cardiovascular ideal permiten identificar grupos vulnerables o de mayor riesgo.

Objetivo: Evaluar la salud cardiovascular en adultos mayores hospitalizados.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en 127 adultos mayores hospitalizados. Se estudiaron variables clínicas y metabólicas, y el estado de salud cardiovascular mediante la aplicación del índice de salud cardiovascular ideal y la estratificación de riesgo cardiovascular global.

Resultados: Predominaron las mujeres mayores de 80 años, 91,3 % eran hipertensos, 46,7 % con sobrepeso/obesidad, el 70,1 % con poca actividad física. Predominó el índice de salud cardiovascular ideal intermedio (56,7 %) y el 33,9 % presentó riesgo cardiovascular alto.

Conclusiones: La evaluación de la salud cardiovascular en adultos mayores hospitalizados constituye una herramienta clínica valiosa, capaz de identificar de forma oportuna el estado de salud cardiovascular. La correlación entre mejores puntuaciones y menor riesgo de eventos futuros respalda su utilidad predictiva y en el seguimiento clínico.

Palabras clave: riesgo cardiovascular; enfermedad cardiovascular; adultos mayores.

ABSTRACT

Introduction: Population aging has become a palpable reality, associated with an increase in the prevalence of older adults with cardiovascular diseases. Problems related to cardiovascular health have a direct impact on quality of life. The evaluation of cardiovascular health is a challenge in clinical practice. Global cardiovascular risk and the ideal cardiovascular health index allow for the identification of vulnerable or higher-risk groups.

Objective: To evaluate cardiovascular health in hospitalized older adults.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional study of 127 hospitalized older adults. Clinical and metabolic variables were studied, as well as the state of cardiovascular health, through the application of the ideal cardiovascular health index and the stratification of global cardiovascular risk.

Results: Women over 80 years of age predominated; 91,3 % were hypertensive, 46,7 % were overweight/obese, and 70,1 % had low physical activity. An intermediate ideal cardiovascular health index predominated (56,7 %), and 33,9 % presented a high cardiovascular risk.

Conclusions: The evaluation of cardiovascular health in hospitalized older adults constitutes a valuable clinical tool, capable of identifying the state of cardiovascular health in a timely manner. The correlation between better scores and a lower risk of future events supports its predictive utility and use in clinical follow-up.

Keywords: cardiovascular risk; cardiovascular disease; older adult.

Recibido: 19/05/2026

Aceptado: 30/05/2026

Introducción

El envejecimiento poblacional representa uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud a nivel global, y Cuba no está ajena a la situación. Este fenómeno está dado por la velocidad acelerada de su transición demográfica. Asimismo, se comporta la transición epidemiológica, proceso en el que las enfermedades no transmisibles (ENT) reemplazan de forma gradual a las infecciosas como las principales causas de morbilidad.⁽¹⁾

Lo anterior genera una mayor carga de las enfermedades crónicas, en el cual las enfermedades cardiovasculares (ECV) son las más prevalentes, así como sus factores de riesgo (FR). Estos factores se acumulan a lo largo de la vida, e incrementan la vulnerabilidad a eventos cardiovasculares y complica el manejo clínico, pues las ECV constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel internacional en los adultos mayores (AM).⁽¹⁾

La salud cardiovascular (SCV) puede percibirse como un espectro que abarca desde los FR como la predisposición genética, el entorno físico, el nivel socioeconómico, el ámbito psicológico y emocional, el estilo de vida o los factores de riesgo biológicos, hasta las propias ECV, tanto las que aparecen sin producir síntomas (subclínica) y que más tarde se pueden manifestar como eventos agudos como las enfermedades crónicas.⁽²⁾

Evaluar el riesgo cardiovascular global o total (RCV) en esta población, requiere herramientas específicas que consideren las particularidades fisiológicas del envejecimiento. Además contribuye a la generación de datos epidemiológicos sólidos, permite validar y ajustar instrumentos de predicción del riesgo, como escalas y modelos estadísticos en poblaciones específicas, que optimizan así su sensibilidad y especificidad en este grupo poblacional, quienes presentan un perfil clínico y fisiológico distinto al de adultos jóvenes.⁽²⁾

El cálculo del RCV está incorporado en las principales guías internacionales y nacionales para la prevención de las ECV. Se cataloga como la mejor herramienta para priorizar la prevención primaria de las ECV. La mayoría de estos métodos se basan en la función de riesgo derivada del estudio estadounidense de Framingham.⁽³⁾

Calcular, estratificar o estimar el RCV en los AM, es fundamental para mejorar los resultados en salud, optimizar recursos y contribuir a una geriatría basada en evidencia. Su correcta implementación y análisis desde un enfoque metodológico riguroso repercuten de forma significativa en la salud pública, al promover un envejecimiento activo y saludable.⁽²⁾

Las tablas de RCV son métodos simplificados de estimación, basados en funciones matemáticas que modelan el riesgo de los individuos de distintas cohortes de poblaciones seguidas, por lo general, durante 10 años. Son una herramienta útil para establecer prioridades en la prevención primaria. Una vez conocido, es posible actuar sobre los FR modificables y así evitar que se produzca el pronóstico.⁽²⁾

En Cuba, existen diversos estudios que abordan la prevalencia de los FR en AM, así como la evaluación de programas preventivos en la comunidad. Sin embargo, aún se requiere la adaptación de instrumentos sencillos y efectivos para facilitar su uso en hospitales y centros de atención primaria, que sean adaptados a las personas AM

cubanas. Este estudio pretende contribuir a esa línea, al demostrar la eficacia de una herramienta que permite una evaluación rápida y asequible para mejorar la detección y seguimiento de la SCV en este grupo poblacional específico.⁽¹⁾

Las guías europeas de hipertensión arterial (HTA)⁽⁴⁾ proponen la estratificación del RCV de los pacientes hipertensos, dándole prioridad a las condiciones asociadas y a las cifras de presión arterial, como criterios principales para la clasificación del RCV. Resulta una herramienta clave para clasificar a los pacientes según la probabilidad de experimentar los eventos cardiovasculares futuros, integran múltiples variables clínicas y antecedentes, que permiten un manejo terapéutico más idóneo e individualizado, lo cual recomiendan un enfoque diferente para cada grupo de pacientes.

En el 2010 la American Heart Association (AHA) define un nuevo concepto de la SCV para promover un cambio de paradigma que pasara de enfocarse de forma exclusiva en el tratamiento de enfermedades, a uno que incluyera la promoción y preservación de la salud a lo largo de la vida en poblaciones e individuos. La definición inicial se basó en siete comportamientos y factores de salud, en aquellos que logran entre cinco y siete medidas ideales de SCV tenían hasta diez veces menos mortalidad por las ECV en comparación con aquellos con cero o una medida ideal. Lo cual se asocia con una mayor supervivencia libre de ECV, longevidad y una mayor calidad de vida. Es así que incorporan la herramienta *Life's Simple 7* (LS7).⁽⁵⁾ Es una herramienta sencilla, de fácil aplicación, validada, beneficiosa para la prevención y promoción de la SCV, que facilita la valoración de sus niveles óptimos. Resulta comprensible, tanto para los profesionales como para los pacientes. A pesar de que ofrece un enfoque simple para implementar cambios en el estilo de vida, demuestra que el cumplimiento de "LS7" influye en el envejecimiento vascular y la morbilidad cardiovascular.⁽⁵⁾ Sin embargo, no se reporta ningún estudio que evalúe la asociación entre las métricas ideales de SCV y los biomarcadores clínicos correspondientes a esta, en una población de AM en Cuba.⁽¹⁾

Se realizó esta investigación con el objetivo de evaluar la salud cardiovascular de los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Geriatría del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.

Métodos

Se desarrolló una investigación observacional, descriptiva y transversal en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras", con el propósito de evaluar la salud cardiovascular en adultos mayores hospitalizados. La muestra

estuvo constituida por los primeros 127 pacientes ingresados en el Servicio de Geriátría en el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. Se excluyeron pacientes con enfermedades psiquiátricas agudizadas o trastorno neurocognitivo mayor que dificultaran la colaboración. A todos los participantes se les recogió el consentimiento informado, y los datos siguientes: edad, sexo, antecedentes personales de enfermedades cardiovasculares, si fumaba o no, componentes saludables de la alimentación y la actividad física según métricas de la AHA.⁽⁷⁾ Se midió las cifras de presión arterial y se clasificó en grados según pautas de la guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la HTA y el índice de masa corporal (IMC) por fórmula de Quetelet.⁽⁶⁾ Además, previo ayuno de 12 h, a cada paciente se le extrajo una muestra hemática para la determinación de glucemia sérica y colesterol sérico total (CT). Se estimó el RCV para cada paciente con la estratificación propuesta por la guía europea de HTA de 2023⁽⁴⁾ y el índice de salud cardiovascular ideal (ISCVI), se clasificó de acuerdo con las definiciones de la AHA según el número total de métricas como pobre (0-2), intermedio (3-5) o ideal (6-7).⁽⁷⁾

Para el procesamiento estadístico y el análisis de la información, se llevó a una base de datos digital, y se realizó el procesamiento estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versión 25.0). Para la descripción del perfil clínico y metabólico de los pacientes estudiados, se determinaron las medidas de resumen de estadística descriptiva, de acuerdo al tipo de variable que se analizó: (números absolutos y porcentajes) para las variables cualitativas y (promedios y desviación típica) para las variables cuantitativas.

Para caracterizar la muestra, las variables categóricas se resumieron en números absolutos y porcentajes. La edad también se resumió en media y desviación estándar. Se compararon las medias de la edad según género mediante la prueba t de *Student*. Para describir el índice de salud cardiovascular ideal, la variable fue resumida en números absolutos y porcentajes. Para evaluar la relación entre el ISCVI y el RCV, se aplicó la prueba de estadística ji al cuadrado (χ^2) de Pearson. Se trabajó con nivel de significación $\alpha = 0,05$ en todas las pruebas de hipótesis.

Se cumplieron los principios éticos de beneficencia y no maleficencia para este tipo de estudio. Esta investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la institución. Todos los pacientes dieron su consentimiento informado.

Entre las limitaciones metodológicas se reconoce que la principal limitación radicó en la procedencia de los pacientes estudiados al ser hospitalizados. Por otra parte, las investigaciones consultadas emplearon mediciones auto informado y una duración limitada, en muchos casos excluyeron a los pacientes hospitalizados.

Resultados

Se incluyeron 127 adultos mayores con promedio de edad de 80 ± 9 años, sin diferencias significativas entre géneros ($p = 0,139$). Prevalcieron las mujeres (53,5 %) y el grupo de edad de 80 años y más (54,3 %). En particular, en ambos sexos predominaron las personas de 80 años y más (tabla 1).

Tabla 1- Distribución de pacientes según edad y sexo

Edad	Sexo femenino		Sexo masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	4	5,9	2	3,4	6	4,7
65-69	6	8,8	5	8,5	11	8,7
70-74	8	11,8	14	23,7	22	17,3
75-79	8	11,8	11	18,6	19	15
80 y más	42	61,8	27	45,8	69	54,3
Total	68	100	59	100	127	100
(Media $\pm$ DE)	80,9 $\pm$ 9,5		78,6 $\pm$ 8,3		79,8 $\pm$ 9,0	

Comparación de medias (edad) independientes: Prueba t de *Student*, $p = 0,139$

DE: Desviación estándar.

Se revela que la HTA constituyó la condición más prevalente (91,3 %), le siguieron en frecuencia la cardiopatía isquémica (33,9 %), la DM tipo 2 (33,1 %) y la dislipidemia (22 %). Además, se identificó como fumadores al 13 % de los participantes (tabla 2).

Tabla 2- Distribución de pacientes según antecedentes personales de ECV y tabaquismo

Variables		No.	%
Antecedentes patológicos personales	Hipertensión arterial	116	91,3
	Cardiopatía isquémica	43	33,9
	Diabetes mellitus tipo 2	42	33,1
	Dislipidemia	28	22
	Enfermedad cerebrovascular	22	17,3
	Enfermedad vascular periférica	18	14,2
	Enfermedad renal crónica estadio 3	10	7,9
	Enfermedad renal crónica estadio 4	4	3,1
Tabaquismo		13	10
n = 127			

El 53,3 % de los participantes eran normopesos, mientras que 46,4 % presentaron sobrepeso y obesidad en conjunto, no existieron malnutridos en la muestra. En cuanto a la dieta, 63 % de los pacientes reportaron consumir entre cuatro y cinco componentes que se consideran saludables. Respecto a la actividad física, prevaleció la percepción de poca actividad, con 70,1 %, en comparación con un 25,2 % que informan una actividad física moderada, de forma general ambas categorías representaron el 95,3 %, según las categorías definidas en los parámetros del ISCVI (tabla 3).

Tabla 3- Distribución de pacientes según índice de masa corporal, componentes saludables de la dieta y actividad física

Variables		No.	%
Índice de masa corporal	< 18,5 kg/m ²	0	0
	18,5 - 24,9 kg/m ²	68	53,5
	25 - 29,9 kg/m ²	37	29,1
	≥ 30 kg/m ²	22	17,3
Componentes saludables de la dieta	4-5 componentes saludables	80	63
	2-3 componentes saludables	46	36,2
	0-1 componente saludable	1	0,8
Actividad física	≥ 150 min/semana intensidad moderada o ≥ 75 min/semana de intensidad rigurosa	6	4,7
	1-149 min/semana de intensidad moderada o 1-74 min/semana de intensidad rigurosa	32	25,2
	Menos de los min/semana descritos previamente	89	70,1
n = 127			

El 59,8 % de los pacientes presentaron cifras de PA que oscilaron entre 120-139/80-89 mmHg, mientras que en 27,5 % las cifras estuvieron por encima de este rango. En relación con la glucemia, 81 pacientes (63,8 %) presentaron valores inferiores a 4,2 mmol/L con tratamiento o en el rango de 4,2 - 6,11 mmol/L sin tratamiento. Además, 18,1 % tuvieron cifras de glucemia inferiores a 4,2 mmol/L sin tratamiento. Respecto al CT, 69,3 % de los pacientes presentó niveles entre 2,9 y 5,2 mmol/L con o sin tratamiento, mientras que 20,5 % mostró valores superiores a 5,2 mmol/L (tabla 4).

Tabla 4- Distribución de pacientes según cifras de tensión arterial, glucemia y colesterol total

Variables		No.	%
Presión arterial	< 120/80 mmHg	16	12,6

	120-139/80-89 mmHg	76	59,8
	140-159/90-99 mmHg	12	9,4
	160-179/100-109 mmHg	14	11
	≥ 180/110 mmHg	9	7,1
Glucemia	< 4,2 mmol/L, sin tratamiento	23	18,1
	< 4,2 mmol/L, con tratamiento, o 4,2-6,11 mmol/L, sin tratamiento	81	63,8
	≥ 6,11 mmol/L	22	17,3
Colesterol total	< 2,9 mmol/L, sin tratamiento	13	10,2
	2,9-5,2 mmol/L con o sin tratamiento	88	69,3
	≥ 5,2 mmol/L	26	20,5
n = 127			

Predominaron aquellos con un ISCVI intermedio (56,7 %) y con estado pobre (41,8 %). De aquellos que presentaron un estado intermedio, 69,4 % tienen RCV alto (44,4 %) y muy alto (25 %). De los mencionados con estado pobre, 39,9 % tuvieron un RCV alto y muy alto. Se encontró asociación entre el ISCVI y el RCV ($p < 0,0001$) (tabla 5).

Tabla 5- Distribución de pacientes según el ISCVI y el RCV

Riesgo cardiovascular	Índice de salud cardiovascular ideal				Total	
	Intermedio		Pobre			
	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo	9	12,5	23	41,8	32	25,2
Moderado	13	18,1	15	27,3	28	22
Alto	32	44,4	11	20	43	33,9
Muy alto	18	25	6	10,9	24	18,9
Total	72	100	55	100	127	100

Prueba ji al cuadrado de Pearson, $p < 0,0001$.

Discusión

La edad fue una de las variables más importante a tener en cuenta en las investigaciones consultadas.^(8,9,10,11) Paramio y otros⁽¹²⁾ destacaron que existió un aumento marcado de la incidencia y la prevalencia de las ECV a medida que aumenta la edad, esto se atribuyó al aumento progresivo de los FR y a la disminución de la capacidad del organismo de enfrentarse a ellos. Por lo que plantearon, que la edad fue un FR independiente e inmodificable para la ECV y su severidad aumentó con ella.

Tanto la edad como el sexo no fueron susceptibles de intervención al ser FR no modificables. Permitieron identificar a aquellos que pudieron beneficiarse con una prevención más rigurosa mediante el tratamiento de los FR modificables.⁽¹²⁾ Esto fue consistente, con lo que mencionaron Abizanda Soler y otros⁽¹³⁾ quienes expusieron que la edad (> 75 años), se comportó como un FR.

El comportamiento del sexo en esta muestra, guardó relación con lo que se reportó en la mayoría de la literatura consultada,^(8,9,10,11) en el cual el sexo femenino prevaleció en relación con el masculino. Lo que se atribuyó a que las féminas tuvieron una esperanza de vida mayor que los hombres. En dichos estudios predominaron los grupos etarios entre la sexta y séptima década de la vida.

La HTA representa un problema de salud en Cuba y el mundo. Presenta una alta prevalencia y es el FR más importante para el desarrollo de las ECV. A medida que aumenta la edad se incrementa la prevalencia de HTA.^(6,11) Según datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), esta enfermedad sobresalió entre las ENT, representó el principal factor de riesgo para sufrir y morir como consecuencia de un evento cardiovascular de manera prematura.⁽¹⁴⁾ Es responsable del 40 % o más de la carga global de enfermedad en Cuba, junto a la DM, constituyen las enfermedades crónicas más prevalentes en América Latina, con porcentajes alarmantes que superan el 20 % en varios países.^(6,14)

En la literatura consultada,^(8,9,10,11,12,13,14) tanto la HTA, la DM, la cardiopatía isquémica como la dislipidemia, representan a las ENT más comunes en el AM, como consecuencia del estilo de vida, los cambios asociados al envejecimiento, la disminución de las capacidades de respuesta adaptativa y la suma de comorbilidades. Los datos obtenidos en este estudio concuerdan con dicho resultado.

En cuanto a la exposición al tabaco y su relación con la aparición temprana de ECV, la HTA y muchos otros padecimientos. Es responsable del 30 % de las muertes coronarias en todos los países desarrollados. Potencia, en gran medida, a otros FR como la HTA y la DM, ya que aumenta su letalidad.^(7,14) Los resultados de la ENS⁽¹⁴⁾ hacen referencia a una prevalencia global del tabaquismo en Cuba de un 21,6 %. En la presente investigación, este hábito nocivo fue poco frecuente, por lo que no existió similitud.

Las ENT estuvieron vinculadas con la inactividad física y con alteraciones en los procesos metabólicos y fisiológicos, las cuales son resultado de estilos de vida que incrementan el riesgo de desarrollarlas. La obesidad aumentó su incidencia y prevalencia a nivel mundial, esto implica un serio problema de salud, por los daños graves que provoca al organismo, produce disminución de la esperanza y la calidad

de vida. Tanto el sobrepeso, la obesidad como la falta de actividad física, constituyen un problema de salud de magnitud, y son reconocidos como FR.^(14,15)

En relación con el IMC, Cedeño y otros⁽¹⁶⁾ describieron que, en su muestra, tanto los normopesos como los sobrepesos tienen un igual porcentaje (42,7 %). Según la ENS,⁽¹⁴⁾ el sobrepeso alcanzó el 56,4 % y la obesidad el 21 % de la muestra, las cuales muestran un incremento respecto a la encuesta anterior. En la muestra de la presente investigación, sobresalieron los sobrepesos y obesos, que evidenciaron en conjunto una tendencia similar.

Todos los cambios que adopta el AM son producto de las modificaciones fisiológicas, que aparecen con la edad. El ejercicio físico, si bien no evita los cambios, retrasa su aparición, disminuye su progresión e impacto en la salud. Todo ello, mejora la calidad y el estilo de vida del AM. Realizar actividad física de forma regular mejora el perfil lipídico y el control de la glucemia, reduce o previene la HTA, la obesidad y el estrés.⁽¹²⁾

La literatura consultada plantea que una dieta balanceada, se relaciona con un bajo riesgo de ECV, con efectos beneficiosos sobre los lípidos y la presión arterial, lo que reduce el RCV, promueve la salud y reduce la prevalencia de las ENT. Todo lo anterior, se relaciona con una mejora del RCV y una menor morbilidad por ECV.⁽¹²⁾

En los hallazgos en relación con la dieta, se plantea que el consumo de cuatro componentes saludables, no están en correspondencia con los resultados que encontraron Hierrezuelo y otros,⁽²⁾ en el cual los pacientes mantuvieron una dieta poco balanceada, con escasos componentes saludables (menos de 4).

En las últimas décadas, los valores de corte se redujeron al mejorar el conocimiento del valor pronóstico de la HTA y de la PA alta, así como los beneficios y efectos adversos de su tratamiento. Además, los umbrales diagnósticos varían según las enfermedades, lesiones subyacentes o el RCV. A pesar del mayor riesgo de HTA en los AM, en quienes esta condición es más frecuente, incluso que en la población un poco más joven o de edades medias y en prevención primaria y con RCV bajo-moderado, una PA sistólica no tratada de 130-139 mmHg aumenta la morbilidad cardiovascular a largo plazo y se beneficia de objetivos de PA sistólica más estrictos.^(15,16)

La HTA también impacta en la incidencia de otras ECV como la enfermedad renal crónica, la demencia, entre otras, y se considera un potente predictor de fragilidad y discapacidad en personas mayores. Sobresale entre las ENT, constituye el principal factor de riesgo para sufrir y morir como consecuencia de un evento cardiovascular de manera prematura, es responsable del 40 % o más de la carga global de enfermedad en Cuba. Cabe resaltar que, en los AM, cada incremento de 20 mmHg

en la PA sistólica o 10 mmHg en la PA diastólica duplica el riesgo de presentar ECV en todo el rango desde 115/75 mmHg hasta 185/115 mmHg.⁽¹⁷⁾

La DM en el AM es una de las ENT más prevalentes, predispone la aparición de la ECV precoz, entre 20 a 30 años antes en las mujeres y de 15 a 20 años en los hombres. La mortalidad por ECV en diabéticos es más elevada que en la población general, en mujeres diabéticas se reporta el doble que en las no diabéticas. Los niveles elevados de glucemia en ayunas, indican que es el FR metabólico que más creció a nivel global.⁽⁷⁾

La bibliografía consultada^(5,6) sostiene el papel predictor y la existencia de una relación causal entre la hipercolesterolemia y la ECV, demuestra una relación continua, gradual y consistente. La disminución del CT ocasiona una disminución de la incidencia y mortalidad por la ECV en general. Los autores coinciden en que el CT constituye un marcador útil para predecir la ECV.

Espino,⁽¹⁵⁾ se refutó lo anterior, pues planteó que la relación entre los niveles de CT y la ECV en la población ≥ 70 años no estuvo clara. En los AM los resultados fueron contradictorios, en algunos no se apreció relación entre los mismos y en otros se detectó una relación inversa entre los niveles de CT y la ECV.

Otro estudio⁽⁷⁾ reveló, que los niveles bajos de CT, se asocian de forma contraproducente con eventos cardiovasculares mayores y mortalidad en varones ancianos que no toman estatinas, no se observa esa asociación en los que sí las toman.

Armas y otros⁽¹⁷⁾ sostienen que el concepto de SCV permite identificar a individuos con diferentes riesgos de condiciones cardiovasculares y que el puntaje LS7 se relaciona con distintos resultados cardiovasculares. Datos recientes muestran que más indicadores de SCV en estado ideal se asocian con menor riesgo de ECV, RCV y mortalidad. También encontraron que mayor adherencia a la SCV ideal reduce la incidencia de ECV entre 62 % y 82 %, y proponen un objetivo intermedio (ISCV) a corto plazo con reducción de la incidencia de ECV entre 35 % y 55 %. El incremento del LS7 disminuye la ECV hasta un 25 % y el RCV hasta un 20 %.

La evidencia científica,^(5,6,7,8,9,10,11,12,13) arrojó que al comparar el ISCVI ideal con el pobre arroja 76 % menos riesgo de ECV; el ISCVI intermedio frente al pobre, 39 % menos riesgo. En la muestra analizada predominó el ISCVI intermedio y nadie alcanzó el ISCVI ideal, quizás por condiciones clínicas de las ENT al momento de la encuesta. Sobre RCV, la edad se asoció con mayor RCV. Paramio y otros⁽¹²⁾ reportaron el 60 % de AM y 30,48 % con RCV bajo, con asociación edad-RCV.

En conjunto, la evidencia⁽⁵⁾ indica que un ISCVI mejor se correlaciona con menor riesgo de ECV y mortalidad en AM. Categorías intermedia o ideal presentan menor incidencia de ECV y mortalidad frente a un índice pobre. Además, señalan que cada

punto adicional en ISCVI reduce el riesgo de ECV en 18 %, y pertenecer a una categoría SCV mejor reduce el riesgo en 47,1 %. Mantener o mejorar ISCVI reduce la incidencia de ECV y mortalidad.

En poblaciones grandes, es común hallar ISCVI intermedio o pobre; la evidencia sugiere que la adherencia a comportamientos saludables (actividad física, dieta, no fumar, peso) reduce el riesgo de ECV hasta en 66 %, y el ISCVI puede anticipar el riesgo futuro incluso en poblaciones de alto riesgo, lo que se complementa o sustituye, en ciertos contextos, a las tablas de RCV tradicionales al diagnosticar riesgo clínico y subclínico.⁽⁶⁾

La comparación con tablas de estratificación de riesgo tradicionales, como la de la guía europea de HTA de 2023, refuerza la aplicabilidad y relevancia del ISCVI en diferentes contextos. La evidencia respalda que el ISCVI es un predictor robusto y útil del RCV, y su asociación significativa con este, justifica su integración en la evaluación rutinaria del RCV.⁽¹¹⁾

La identificación de individuos en estados intermedios o pobres de SCV permite intervenciones más precisas y efectivas para reducir la carga de las ECV en la población. La asociación significativa que se encontró reporta una relación significativa y gradiente entre ambos métodos. De tal forma, refuerza el uso del ISCVI como herramienta de estratificación de riesgo en la práctica clínica e investigativa.⁽⁷⁾

Por lo tanto, se concluye que los resultados de la investigación sostienen la evaluación de la salud cardiovascular en los AM hospitalizados con el ISCVI, lo que constituye una herramienta clínica y metodológica valiosa.

Referencias bibliográficas

1. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Rev Cubana Salud Pública. 2020 [acceso 09/10/2024];46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662020000200004&lng=es
2. Hierrezuelo Rojas N, Hernández Magdariaga A, González Guerrero L, de la Cruz LLaugert J, Limia Domínguez AJ. Envejecimiento y prevención de las enfermedades cardiovasculares. Una mirada desde la ciencia de medicina familiar. RM. 2025 [acceso 25/05/2025];29:e2926. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/2926>
3. Grau M, Marrugat J. Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Revista española de cardiología. 2008 [acceso

- 25/05/2025];61(4),404-16. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-funciones-riesgo-prevencion-primaria-enfermedades-articulo-13117732>
4. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, *et al.* 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023 [acceso 09/10/2024];41(12):1874-2071. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37345492/>
5. Gao X, Ma X, Lin P, Wang Y, Zhao Z, Zhang R, *et al.* Predictive Value of Cardiovascular Health Score for Health Outcomes in Patients with PCI: Comparison between Life's Simple 7 and Life's Essential 8. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 [acceso 25/04/2024];20(4):3084. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36833779/>
6. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, De la Noval García R, *et al.* Hipertensión arterial. Guía para el diagnóstico, evaluación y tratamiento. 2018. [acceso 25/04/2024]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/hipertension-arterial-guia-para-el-diagnostico-evaluacion-y-tratamiento/>
7. Hoonte T, Spronk M, Sun Q, Wu K, Fan S, Wang Z, *et al.* Ideal cardiovascular health and cardiovascular related events: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of preventive cardiology.* 2023 [acceso 28/12/2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38149986/>
8. Hernández Martínez AM. Lifestyle, cardiovascular risk factors, and mortality in Spain: the role of the American Heart Association algorithms. 2023 [acceso 31/10/2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10835/14673>
9. Torres Cárdenas R, Martínez Frómata M, Santiago López W, Pérez Milián JM, Torres Toledo D, Ramírez Cabañín O. Concordancia entre el índice de salud cardiovascular ideal y el índice Fuster-BEWAT. 2020 [acceso 28/12/2024];12(3). Disponible en: <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/504>
10. Herrera-Horta GA, Gutiérrez-García Z, Herrera-Miranda GL. Caracterización de las enfermedades no transmisibles en ancianos de Pinar del Río. *Gac Méd Estud.* 25 de octubre de 2024 [acceso 23/05/2025];5(3):e420. Disponible en: <https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/420>
11. Paz Soldan Patino CP, Saavedra Rodríguez D, Ureña Cordero S, Antezana Navia L, Villanueva de la Rosa C, Ortega Martínez RA. Registro multicéntrico de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular asociados y adherencia terapéutica en Cochabamba-Bolivia. *Rev Inv Inf Sal.* 2023 [acceso 29/05/2025];18(45):40-51. Disponible en: <https://revistas.univalle.edu/index.php/salud/article/view/1040>

12. Paramio Rodríguez A, Aguilera García LL, Carrazana Garcés E, Hernández Navas M. Riesgo cardiovascular global en tres casas de abuelos del municipio Boyeros. Rev Cubana Med Gen Integr 2021 [acceso 29/05/2025];37(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000400001&lng=es
13. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de Medicina Geriátrica: Fundamentos de la Atención Sanitaria a Los Mayores. 2020 [acceso 29/05/2025]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=rszpDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Tratado+de+Medicina+Geri%C3%A1trica:+Fundamentos+de+la+Atenci%C3%B3n+Sanitaria+a+Los+Mayores.+&ots=L_MfklqSMo&sig=CyF7164UCN6hr1XoJdVNzEcZ4Qw
14. Revueltas-Agüero M, Molina-Esquivel E, Suárez-Medina R, Bonet-Gorbea M, Varona-Pérez P, Benítez-Martínez M. La hipertensión arterial en Cuba según la Encuesta Nacional de Salud 2018-2019. Archivo Médico Camagüey. 2022. [acceso 02/04/2025];26(0):e9239-383. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9239>
15. Espino JD. Life's Simple 7 y eventos cardiovasculares en la cohorte PREDIMED. Cardiología hoy. 2020 [acceso 04/06/2025]:805. Disponible en: <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/cardiologia-hoy-2020.pdf#page=805>
16. Cedeño Mero AV, Cruzate Velez MF, Hidalgo Loo KW, Bravo Saquicela HL. Prevalencia y riesgo cardiovascular: Actualización de las guías internacionales. RECIMUNDO. 2023 [acceso 04/10/2025];7(1):529-45. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1981>
17. Armas-Padrón AM, Sicilia-Sosvilla M, Ruiz-Esteban P, Torres A, Hernández D. Cardiovascular health and target end-organ damage and comorbidities in hypertensive patients from a Spanish primary care urban population. Nefrología. 2024 [acceso 03/10/2025];44(1):77-89. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37150674/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Jorge Luis León Álvarez.

Curación de datos: Celia María González Ugalde, Jorge Luis León Álvarez.

Análisis formal: Celia María González Ugalde, Jorge Luis León Álvarez.

Investigación: Celia María González Ugalde, Jorge Luis León Álvarez, Susel Quesada Peña, Cristina Beritan Moreno.

Metodología: Celia María González Ugalde, Jorge Luis León Álvarez.

Administración del proyecto: Celia María González Ugalde, Jorge Luis León Álvarez.

Software: Celia María González Ugalde, Jorge Luis León Álvarez, Susel Quesada Peña, Cristina Beritan Moreno.

Supervisión: Celia María González Ugalde, Jorge Luis León Álvarez.

Validación: Celia María González Ugalde, Jorge Luis León Álvarez.

Redacción del borrador original: Celia María González Ugalde, Jorge Luis León Álvarez.

Redacción, revisión y edición: Celia María González Ugalde, Jorge Luis León Álvarez.