

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

FACULTAD DE MEDICINA.

ESCUELA DE MEDICINA.

ESCUELA DE POSTGRADO.



DETERMINACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA SÍNDROME
CORONARIO AGUDO EN PACIENTES DEL HOSPITAL POLICLÍNICO
ZACAMIL 2024.

Autor:

EVELIN MARIELOS GÁLVEZ MEDINA.

Para optar al grado de:

DOCTOR EN MEDICINA FAMILIAR.

Asesor:

DR. SAMUEL GERARDO HENRÍQUEZ OLIVARES.

Ciudad universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, Julio ,2026.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD.

RECTOR:

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla.

VICERRECTORA ACADÉMICA.

Dra. Evelyn Beatriz Farfán.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO.

M.Sc. Roger Arias.

SECRETARIO GENERAL.

Lic. Pedro Rosalfo Escobar Castaneda.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD.

DECANO.

Dr. Saúl Díaz Peña.

VICEDECANO.

Dr. C. Franklin Arnulfo Méndez Durán.

SECRETARIO.

Dr. C. Roberto Carlos Hernández Marroquín.

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA.

Dr. Giovanni Alexander Polanco García.

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD.

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos.

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO.

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez.

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS.

Dra. Blanca Aracely Martínez.

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS.

Dra. Claudia Margarita de Blanco.

TABLA DE CONTENIDOS.

INTRODUCCION.....	6
MATERIALES Y MÉTODOS:	8
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN.....	11
CONCLUSIONES.....	15
RECOMENDACIONES.....	16
LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
APÉNDICES Y ANEXOS.....	22

RESUMEN:

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad en El Salvador. La alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en Latinoamérica exige una adecuada estratificación para la prevención primaria del Síndrome Coronario Agudo. Este estudio tuvo como objetivo determinar el riesgo cardiovascular a 10 años en pacientes de 40 a 79 años en la clínica metabólica del Hospital Policlínico Zacamil. Se realizó un estudio descriptivo, transversal mediante la revisión de expedientes clínicos electrónicos, seleccionando una muestra de 134 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. La determinación del riesgo cardiovascular se efectuó utilizando la escala estandarizada ASCVD de la ACC/AHA, categorizando a los pacientes en riesgo bajo, borderline, intermedio y alto. La muestra fue predominantemente femenina (64.17%), con una edad media de 61.5 años. Se documentó una alta carga de factor de riesgo cardiovascular: el 58.20% padece Diabetes Mellitus y el 79.85% usa tratamiento antihipertensivo. La clasificación del riesgo ASCVD reveló que el 29.10% se ubicó en la categoría de riesgo alto y el 25.37% en riesgo intermedio. En total, más de la mitad de la muestra (54.47%) se encontró en riesgo intermedio o alto de sufrir un evento cardiovascular. Los resultados confirman la alta vulnerabilidad de la población estudiada y la necesidad de priorizar la gestión del riesgo. La clasificación obtenida proporciona conocimiento local para estimar la probabilidad de progresión a síndrome coronario agudo, justificando la intervención farmacológica temprana (estatinas, antihipertensivos) y la prevención primaria intensiva en el primer nivel de atención, conforme a las guías clínicas internacionales.

Palabras clave (DeCS): Riesgo Cardiovascular, Síndrome Coronario Agudo, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Estatina.

INTRODUCCIÓN.

La Enfermedad Cardiovascular, primordialmente la aterosclerótica, constituye la principal causa de morbilidad a nivel mundial; lo que la establece como una emergencia sanitaria de carácter global ⁽¹⁾. La revisión de la epidemiología subraya que la enfermedad coronaria en particular, mantiene una tendencia persistente de alta prevalencia ⁽²⁾. Los análisis de la carga global confirman que la cardiopatía isquémica ha sostenido una carga significativa entre 1990 y 2021, lo que exige modelos predictivos robustos y estrategias de mitigación eficaces.

La aterosclerosis es un proceso patológico de lenta evolución, y la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular adverso no se relaciona únicamente con la presencia puntual de factores de riesgo, sino con la exposición acumulada y el curso temporal de estos a lo largo de la vida del paciente ⁽³⁾. La manifestación aguda, el Síndrome Coronario Agudo, requiere guías de manejo clínico actualizadas que aborden su gravedad.

No obstante, la elevada tasa de recurrencia del síndrome coronario agudo a nivel global resalta una falla en la prevención secundaria y la necesidad de una gestión de riesgo más intensiva. El espectro del síndrome coronario agudo incluye presentaciones en pacientes jóvenes, lo que amplía el rango de atención preventiva necesaria. ⁽⁴⁾

El riesgo de un evento coronario está intrínsecamente ligado a la carga y la interacción de múltiples factores de riesgos cardiovasculares ⁽⁵⁾.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es un factor de riesgo mayor cuya alta prevalencia mundial incrementa significativamente el riesgo cardiovascular, según una revisión sistemática de la evidencia científica ⁽⁶⁾. En esta población la adiposidad, particularmente la central, se ha identificado como un factor pronóstico crucial para resultados cardiovasculares adversos ⁽⁷⁾. Herramientas como el Score UKPDS han sido utilizadas para la estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos. ⁽⁸⁾

La dislipidemia y la combinación de factores de riesgos cardiovasculares definen el Síndrome Metabólico. La clasificación de este síndrome es fundamental y se requiere la comparación de diferentes definiciones para optimizar la estimación del riesgo ⁽⁹⁾.

El índice triglicérido-glucosa con colesterol no-HDL aumentado ha sido propuesto como un indicador sensible de riesgo cardio metabólico en estudios poblacionales. ⁽¹⁰⁾

La Hipertensión arterial es un factor de riesgo modificable de gran impacto. Se ha demostrado que la presión arterial sistólica se asocia con riesgo cardiovascular incluso en individuos clasificados como normotensos ⁽¹¹⁾. La estimación del riesgo cardiovascular es especialmente relevante en adultos mayores con hipertensión arterial ⁽¹²⁾. Un desafío persistente que reduce la prevención primaria es la baja adherencia terapéutica a los medicamentos antihipertensivos, lo que requiere estrategias de evaluación en el primer nivel de atención. Respecto a los hábitos, la cesación del tabaquismo es una intervención de prevención secundaria con beneficios bien documentados ⁽¹³⁾.

En América Latina, la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares es una constante, lo que impone una demanda creciente a los servicios de salud ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾. Es imprescindible analizar los factores de riesgo cardiovasculares bajo una perspectiva de

sexo y género, debido a las diferencias biológicas y sociales que modulan el riesgo ⁽¹⁶⁾. Finalmente, el tabaquismo sigue siendo un factor de riesgo crucial, y la cesación tabáquica es una intervención de alto valor en la prevención secundaria de eventos cardiovasculares. Esta situación exige esfuerzos continuos y coherentes en la promoción de la salud para enfrentar la carga de enfermedades crónicas.

La moderna prevención primaria se fundamenta en la cuantificación del riesgo cardiovascular para guiar de manera eficiente las decisiones terapéuticas, lo que implica la selección del modelo de predicción más adecuado para la población de estudio.

Las ecuaciones de cohorte agrupadas o escala ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease), introducidas por la guía ACC/AHA de 2013, son el modelo de referencia internacional para estimar el riesgo de ASCVD a 10 años en pacientes en prevención primaria. El resultado de estas ecuaciones tiene profundas implicaciones clínicas, ya que define umbrales para el inicio de terapias farmacológicas intensivas. Recientemente, la AHA ha desarrollado y validado las ecuaciones PREVENT (Predicción del riesgo de eventos de enfermedad cardiovascular), buscando una mayor precisión en la predicción del riesgo.

La validez de las ecuaciones de cohorte agrupadas requiere una validación externa rigurosa. Se ha documentado que, aunque las ecuaciones de cohorte agrupadas mantienen una adecuada capacidad de discriminación (capacidad para diferenciar entre individuos con alto y bajo riesgo), tienden a sobreestimar el riesgo real de eventos en ciertas poblaciones.

Esta tendencia a la sobrestimación se ha observado en el contexto regional en individuos hispanos en Estados Unidos, según estudios como MESA y Dallas Heart Study así como en poblaciones sudamericanas, incluyendo Argentina y Colombia, lo que plantea la necesidad de ajustes o la validación de modelos alternativos.

La cuantificación del riesgo cardiovascular es la base para la intervención farmacológica. El umbral de riesgo ASCVD es el principal determinante para la indicación de terapia con estatinas, cuyo control se beneficia de los continuos avances en el manejo hipolipemiante. ⁽¹⁷⁾

En la prevención primaria, el uso del ácido acetilsalicílico es una decisión clínica altamente individualizada, reservada para pacientes de riesgo intermedio o alto, y que requiere sopesar cuidadosamente el beneficio (reducción de eventos) frente al riesgo de sangrado gastrointestinal ⁽¹⁸⁾. Por lo tanto, una clasificación de riesgo cardiovascular precisa es imprescindible para garantizar el uso adecuado de aspirina en el contexto de la consulta externa ⁽¹⁹⁾.

A nivel institucional se atiende a una población de derechohabientes que, al ser captadas en la clínica metabólica, ya presenta un perfil de riesgo; sin embargo, existe un vacío de conocimiento sobre la clasificación formal de riesgo ASCVD de esta población y sobre el grado de cumplimiento de las guías de prevención farmacológica.

El propósito de esta investigación es doble: primero, determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares; y segundo, clasificar formalmente el riesgo a 10 años para

síndrome coronario agudo en los pacientes de la clínica metabólica del Hospital Policlínico Zacamil en el periodo de Mayo a Julio 2024.

Para lograr este fin, se eligió un diseño cuantitativo, descriptivo y de corte transversal basado en la revisión de expedientes clínicos. Este método es eficiente y pertinente porque permite acceder de forma retrospectiva a los datos necesarios (edad, Presión Arterial, colesterol, uso de medicamentos) para aplicar la escala ASCVD de manera directa a la muestra poblacional, proporcionando una estimación sobre el riesgo cardiovascular. En virtud de lo anterior se procedió a establecer los siguientes objetivos.

OBJETIVO GENERAL:

Clasificar el riesgo para enfermedad cardiovascular aterosclerótica, utilizando la escala ASCVD del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Panamericana del Corazón en pacientes de la Clínica Metabólica del Hospital Policlínico Zacamil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir los factores de riesgo cardiovasculares clínicos y de laboratorio que presentan los pacientes según la escala ASCVD.
2. Clasificar el riesgo cardiovascular presente en los pacientes de la clínica metabólica del Hospital Policlínico Zacamil.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El presente trabajo de investigación abordó un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo y de corte transversal. Se adoptó la revisión de expedientes clínicos como fuente secundaria de recolección de datos, lo cual definió su carácter retrospectivo y observacional.

El estudio y la población se desarrolló en el Hospital Policlínico Zacamil. Tomando en cuenta el universo que estuvo constituido por la totalidad de pacientes adultos con seguimiento en la Clínica Metabólica del Hospital Policlínico Zacamil durante el periodo comprendido entre Mayo a Julio del 2024, cuya población total ascendía a 4,421 pacientes.

El tamaño de la muestra se calculó mediante el módulo StatCalc de Epi Info™ versión 7.2 (ver ANEXO 1). Para una población finita de 4,421 personas, se consideró una incidencia esperada del 15% y un margen de error aceptable del 5%. Con un nivel de confianza del 90% y un efecto de diseño de 1.0, el tamaño de muestra resultante fue de 134 pacientes. ⁽²⁰⁾

Se empleó un método de muestreo probabilístico simple. Para garantizar la representatividad, se seleccionó la muestra de 134 expedientes clínicos mediante un proceso aleatorio, tomando como marco muestral la base de datos de la Clínica Metabólica.

La unidad de análisis fue el expediente clínico electrónico individual de cada paciente de los que asistieron a la Clínica Metabólica del Hospital Policlínico Zacamil en el periodo de Mayo a Julio 2024. Se incluyó a pacientes cuya edad oscilaba entre los 40 y 79 años al momento del estudio, tanto sexo femenino y masculino, con una presión arterial sistólica entre 90 y 200 mmHg, presión arterial diastólica entre 60 – 130 mmHg. colesterol total entre 130 – 320 mg/dl, colesterol HDL entre 30-300 mg/dl y colesterol LDL entre 30-300 mg/dl.

Se excluyeron expedientes electrónicos con datos incompletos por llenado insuficiente de datos por parte del médico evaluador, a su vez fumadores, así como expedientes de pacientes que presentaban antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida (infarto agudo de miocardio con revascularización o implantación de stent, enfermedad arterial periférica, aneurisma de la arteria aorta, accidente isquémico transitorio, accidente cerebrovascular).

Para determinar el riesgo cardiovascular a 10 años, se utilizó la herramienta digital ASCVD Risk Estimator Plus, basada en las ecuaciones de cohortes agrupadas de la American College of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA).⁽²¹⁾

El cálculo se realizó de forma individualizada para cada expediente clínico electrónico, ingresando variables como presión arterial, valores séricos de colesterol total, HDL, LDL, la edad, el sexo, la presencia de diabetes mellitus, el antecedente de tabaquismo, el uso de tratamiento antihipertensivo, estatinas, y de ácido acetil salicílico (ver ANEXO 2).

Los niveles de riesgo cardiovascular se estratificaron según los puntos de corte establecidos por la guía:

-Bajo:< 5%

-Límite:5% a 7.4%

-Intermedio: 7.5% a 19.9%

-Alto: $\geq 20\%$.

Para la obtención de la información se empleó una ficha de recolección de datos estructurada, la cual fue diseñada específicamente para este estudio. Dicha ficha contuvo campos destinados a registrar las variables sociodemográficas, clínicas y de laboratorio de cada expediente seleccionado (ver ANEXO 1).

El proceso de recolección se llevó a cabo por el investigador principal. Se accedió a los expedientes clínicos electrónicos y se procedió a la transcripción de la información requerida a la ficha de recolección de manera estandarizada. La confidencialidad y el anonimato se garantizaron al asignar un código numérico a cada ficha, evitando la identificación directa de los pacientes.

Una vez recolectados los datos, el plan de análisis de estos se realizó en una hoja de cálculo en Microsoft Excel. Las variables cualitativas (sexo, antecedentes de diabetes, tabaquismo, uso de antihipertensivos, uso de atorvastatina, uso de ácido acetil salicílico y categoría de riesgo) se analizaron mediante frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas (edad, presión arterial, niveles séricos de lípidos) se describieron mediante estadística descriptiva.

Todos los análisis se orientaron a dar respuesta a los objetivos del estudio, la cuales fueron: la determinación de los factores de riesgo cardiovascular y la clasificación de dicho riesgo.

Se tomaron en cuenta consideraciones éticas, ya que el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud (CEIS) del ISSS (con referencia CEIS ISSS 2024 061). Se garantizó la confidencialidad de la información, utilizando únicamente los datos clínicos necesarios y manteniendo el anonimato de los

pacientes. El estudio se adhirió a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Debido al carácter retrospectivo, no se requirió el consentimiento informado directo de los pacientes, sino la autorización del comité de ética para la revisión de los archivos.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos del estudio se presentan a continuación de acuerdo con los objetivos específicos establecidos.

El rango mínimo y máximo de edad de pacientes estudiados mediante la revisión de expedientes clínicos electrónicos fueron de 40 y 78 años respectivamente, con una mediana de edad de 62 años (ver APÉNDICE 1).

En cuanto al sexo, predominó el sexo femenino con 86 pacientes, lo que representó el 64.17% de la muestra, mientras que el sexo masculino constituyó el 35.82%, equivalente a 48 pacientes (ver APÉNDICE 2).

Con respecto a la variable de presión arterial, el valor de presión arterial sistólica presentó un rango mínimo de 100 y un máximo de 165 mmHg, con una mediana de 120mmHg. El valor de presión arterial diastólica fue entre un rango mínimo de 60 mmHg y máximo de 90mmHg, con la consiguiente mediana de 80mmHg (ver APÉNDICE 3).

En cuanto al valor de colesterol total en expediente clínico de pacientes revisados, corresponde un rango mínimo de 131 y máximo de 289mg/dl, mientras tanto el colesterol HDL es los rangos mínimos y máximos son 20.8 y 86.6 mg/dl respectivamente. La cifra de colesterol LDL tuvo un rango mínimo de 69.5 mg/dl y rango máximo de 186 mg/dl (ver APÉNDICE 4).

Con respecto a los factores de riesgo cardiovasculares identificados se puede mencionar varios aspectos. Primero, en referencia a la diabetes mellitus, más de la mitad de los pacientes presentaron antecedentes de esta patología, alcanzando el 58.20% (ver APÉNDICE 5).

En segundo lugar, con respecto al antecedente de tabaquismo, no se identificó registro documentado en las notas médicas electrónicas. Debido a que la escala ASCVD requiere

obligatoriamente este parámetro para el cálculo automatizado, se procedió a consignarlo como negativo. Esta decisión permite evitar la exclusión de registros, aunque se reconoce un sesgo de información que podría subestimar el riesgo real en algunos pacientes (ver APÉNDICE 6).

En referencia al tratamiento antihipertensivo, se determinó que el 79.85% de los expedientes clínicos revisados de la clínica metabólica toman tratamiento antihipertensivo (ver APÉNDICE 7).

En cuanto a las medidas de prevención, se observó que el 51.49% de los pacientes no utilizaba estatinas, mientras que el 48.50% sí lo hacían (ver APÉNDICE 8).

Respecto al uso de aspirina, el 79.10% reportó no utilizarla, en contraste con el 20.89% que sí la tenía indicada (ver APÉNDICE 9).

En virtud de lo anterior la clasificación del riesgo cardiovascular a 10 años, estimada mediante la calculadora ASCVD, reveló que el 31.34%, equivalente a 42 paciente de la muestra se ubicó en la categoría de bajo riesgo. La segunda categoría más frecuente fue el riesgo alto con un 29.10%. Finalmente, la tercera categoría más frecuente fue el riesgo intermedio con un 25.37% frente a la cuarta categoría: Borderline con un 14.18% (ver APÉNDICE 10).

DISCUSIÓN:

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el riesgo cardiovascular a 10 años para síndrome coronario agudo en pacientes atendidos en la clínica metabólica del Hospital Policlínico Zacamil, utilizando la escala ASCVD en el periodo de tiempo de mayo a Julio de 2024.

El hallazgo principal de este estudio fue la prevalencia del 54.47% de la población de pacientes en riesgo cardiovascular intermedio-alto (con una prevalencia de diabetes mellitus de 58.20%) situando a nuestra población en un estado de vulnerabilidad endotelial proinflamatoria que acelera la aterosclerosis, independientemente de la edad cronológica, así como se menciona en el análisis del Global Burden of Disease. En dicho estudio los autores subrayan que la carga de la enfermedad isquémica sigue una

"tendencia ascendente persistente" impulsada por la transición metabólica en países de ingresos medios. ⁽²²⁾

Uno de los puntos de mayor importancia de esta investigación es disparidad entre el riesgo calculado y la acción clínica, observado con el 51.49% de estos pacientes que no utilizan estatinas, siendo esta una contradicción directa a la guía del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón ⁽²³⁾ ; Dicha guía establece que para pacientes en prevención primaria con riesgo intermedio o alto, el beneficio de las estatinas es superior al riesgo y constituye una recomendación de clase I.

Esta ausencia terapéutica o falta de adherencia se alinea con lo expuesto por los autores de la revista de Promoción de la Salud en América Latina ⁽²⁴⁾, quienes denuncian una falta de coherencia en la implementación de la promoción de la salud en América Latina. El desajuste existente entre las directrices clínicas y la práctica institucional, obstaculiza que los pacientes puedan alcanzar los umbrales de control lipídico sugeridos por la revista lanzada en el año 2023: El año de las enfermedades cardiovasculares ⁽²⁵⁾, perpetuando así la exposición de los pacientes a eventos cardiovasculares evitables.

La alta prevalencia de riesgo intermedio y alto detectada en este estudio (54.47%) guarda una estrecha relación con lo reportado por Villarroel H. ⁽¹⁷⁾ en su investigación sobre población salvadoreña en prevención primaria. Ambos estudios evidencian que el perfil metabólico del paciente nacional es caracterizado por una alta carga de diabetes mellitus y dislipidemia, haciendo que estos factores actúen como el principal motor de eventos cardiovasculares adversos.

Sin embargo, nuestros hallazgos en el Hospital Policlínico Zacamil revelan una problemática adicional a la descrita por Villarroel: existe una inercia clínica crítica, donde más de la mitad de los pacientes que ya se encuentran en categorías de riesgo alto no están recibiendo terapia con estatinas. Esta comparación sugiere que, en El Salvador, el desafío no es solo la detección del riesgo mediante herramientas como la escala ASCVD, sino la traducción de ese puntaje en una acción terapéutica concreta. Al contrastar ambas investigaciones, se confirma que la población atendida en la red de salud presenta una vulnerabilidad acumulada que exige una transición urgente de la simple observación a la intervención farmacológica agresiva sugerida por las guías internacionales.

La elección de la escala ASCVD ⁽²⁶⁾ para este estudio es metodológicamente sólida por su comparabilidad, pero la transparencia científica exige reconocer sus límites. En las revistas sobre el rendimiento de las ecuaciones para predecir riesgo cardiovascular ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾ han demostrado que estas ecuaciones presentan un rendimiento variable en poblaciones hispanas, tendiendo a la sobreestimación si no se recalibran. Al ajustar nuestra incidencia al 15%, hemos actuado con la prudencia recomendada por el estudio sobre ecuaciones de cohorte agrupadas en individuos hispanos ⁽²⁹⁾, asegurando que el tamaño muestral de 134 pacientes sea estadísticamente representativo.

No obstante, la literatura más reciente, introduce las ecuaciones PREVENT ⁽³⁰⁾, que eliminan la variable raza y añaden la función renal ⁽³¹⁾. Este cambio de paradigma responde a la necesidad de utilizar algoritmos de riesgo que considere la salud cardiovascular, renal y metabólica de forma integrada. Dada la alta carga de diabetes en nuestra muestra, la futura transición hacia modelos como PREVENT podría ofrecer una precisión superior a la escala ASCVD.

Hay que aclarar que el síndrome coronario agudo es la manifestación clínica más relevante de la enfermedad aterosclerótica que mide la escala ASCVD.

La principal limitación metodológica reside en el diseño transversal, el cual solo permite describir la prevalencia del riesgo en un momento dado y restringe la capacidad para establecer relaciones de causalidad o realizar una evaluación longitudinal del impacto de las intervenciones. Adicionalmente, el estudio se basó en la revisión retrospectiva de expedientes clínicos, lo que introdujo un sesgo de información inherente a la calidad de la documentación secundaria. Este sesgo se evidenció en datos cruciales como los antecedentes de tabaquismo, como se señala en un metaanálisis sobre recurrencia y carga global del síndrome coronario agudo ⁽³²⁾ el tabaquismo es un multiplicador de riesgo fundamental, cuya omisión en los registros electrónicos condujo a la asignación de ausencia del factor de riesgo en la totalidad de la muestra, con la consecuente subestimación potencial del riesgo cardiovascular. Esta ausencia de información en el sistema de salud no solo afecta la investigación, sino que imposibilita una evaluación integral de la adherencia y el riesgo real del paciente ⁽³³⁾.

Otra restricción operativa fue la disponibilidad incompleta de biomarcadores lipídicos (colesterol total, HDL y LDL) dentro del período de tiempo inicialmente establecido. Para mitigar esta carencia y garantizar la aplicación completa de la escala ASCV y estimar el riesgo cardiovascular, fue necesario realizar una ampliación prospectiva del período de recolección de datos, extendiéndose todo un año (2024).

A pesar de las limitantes operativas, este estudio posee fortalezas intrínsecas en su diseño y relevancia para la salud pública. Es un estudio sencillo, reproducible y económicamente viable, basado en la aplicación de la escala ASCVD, lo que asegura su comparabilidad internacional. Nos ha permitido determinar de manera objetiva una muestra de alto riesgo cardiovascular de 29.10% en la Clínica Metabólica, proveyendo una justificación robusta para la intervención farmacológica inmediata. Adicionalmente, el rigor metodológico se demostró al recalibrar la incidencia esperada para el cálculo muestral, mitigando el principal sesgo de calibración de la escala ASCVD y asegurando la validez estadística del tamaño muestral. Finalmente, el estudio genera evidencia local para la toma de decisiones basada en riesgo en el Hospital Policlínico Zacamil, lo que facilita la implementación de estrategias costo-efectivas de prevención primaria.

CONCLUSIONES.

Con base en la evidencia generada por este estudio, se establecen las siguientes conclusiones:

1. Se determinó que la población atendida en la Clínica Metabólica del Hospital Policlínico Zacamil presenta una alta carga de factores de riesgo cardiovascular, caracterizada inicialmente por factores no modificables como una madurez biológica avanzada (mediana de 62 años) y un predominio del sexo femenino (64.17%); en el ámbito clínico, destaca la Diabetes Mellitus como el factor de mayor impacto con una prevalencia del 58.20%, mientras que el hábito tabáquico se reportó con una prevalencia del 0% debido a la ausencia de registros en el expediente clínico electrónico, por lo que se procedió a la estandarización de la variable como "no fumador" para los 134 pacientes de la muestra a fin de garantizar la operatividad de la escala de riesgo. Por su parte, los parámetros de

laboratorio revelan un control metabólico intermedio, con medias de Colesterol Total de 179.18 mg/dL, LDL de 117.74 mg/dL y HDL de 49.52 mg/dL, valores que, integrados a las cifras tensionales medias (sistólica de 120.6 mmHg), configuran las variables esenciales para la estimación automatizada del riesgo. Esta caracterización se complementa con una gestión farmacológica de alta intensidad reflejada en un 79.85% de pacientes bajo tratamiento antihipertensivo y un 48.50% en uso de estatinas, siendo esto congruente con el manejo preventivo de la dislipidemia en el paciente diabético. Asimismo, el uso de ácido acetilsalicílico (20.89%) evidencia la adherencia a criterios modernos de seguridad clínica que limitan la antiagregación plaquetaria en prevención primaria para mayores de 60 años; en síntesis, el perfil de riesgo está definido por la interacción de la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y un control lipídico subóptimo, pilares fundamentales para la clasificación del riesgo mediante la escala ASCVD.

2. La estratificación del riesgo a 10 años mediante la escala ASCVD reveló que la mayoría de la muestra estudiada (54.47%) se concentra en las categorías de riesgo intermedio-alto. Este hallazgo posee una alta relevancia clínica, al identificar que más de la mitad de la muestra presenta una probabilidad sustancial de desarrollar eventos cardiovasculares ateroscleróticos mayores en el corto y mediano plazo. En contraposición, el 45.52% de los pacientes se categorizó en los estratos bajo -borderline. Esta distribución del riesgo subraya la necesidad de intensificar las estrategias de prevención primaria, optimizar las metas terapéuticas y fortalecer el seguimiento clínico personalizado en la población de la Clínica Metabólica para mitigar la carga de enfermedad isquémica futura.

RECOMENDACIONES:

Con base en los hallazgos y las conclusiones de este estudio, se proponen las siguientes líneas de acción para la Clínica Metabólica del Hospital Policlínico Zacamil:

- ✓ Integración Obligatoria del perfil tabáquico en el expediente clínico electrónico: Se recomienda establecer el registro del tabaquismo como un campo de llenado mandatorio en el expediente clínico electrónico. Dado que el tabaquismo es un factor de riesgo multiplicador fundamental ⁽³²⁾ su omisión impide una estratificación real, por lo que es indispensable que el sistema no permita el cierre de la consulta sin la actualización de esta variable.
- ✓ Se recomienda la institucionalización de la calculadora ASCVD del Colegio Americano de Cardiología y de la Asociación Americana de cardiología como herramienta de tamizaje rutinario y mandatorio en el primer nivel de atención de la Clínica Metabólica. Esta integración permitirá al personal médico una toma de decisiones estandarizada para la intensificación terapéutica, especialmente en el 54.47% de los pacientes identificados en este estudio dentro de la categoría de riesgo intermedio-alto. Dicha estrategia debe formalizarse mediante un protocolo de seguimiento trimestral que asegure la titulación de estatinas a dosis de alta intensidad para alcanzar metas de LDL < 70 mg/dL, además de la valoración individualizada para el inicio de ácido acetilsalicílico bajo criterios de riesgo hemorrágico. El objetivo final es alinear la estimación pronóstica con la intervención farmacológica requerida para mitigar de forma efectiva la progresión hacia un síndrome coronario agudo en la población metabólica.
- ✓ Dado que la Diabetes Mellitus (58.20%) es el factor de riesgo predominante, se recomienda fortalecer los talleres de autocuidado y nutrición de la Clínica Metabólica, enfocándose en el control glucémico estricto como pilar fundamental para reducir la progresión de la enfermedad aterosclerótica identificada en la escala ASCVD.

LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares (ECV) [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 Mar 11 [citado 2024 Abr 12]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2014 Mar 11 [citado 2024 Abr 12];67(2):139-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.10.003>.
3. Domanski MJ, Wu CO, Tian X, Hasan AA, Ma X, Huang Y, Miao R, Reis JP, Bae S, Husain A, Jacobs DR Jr, Allen NB, Lee MT, Hong CC, Farkouh ME, Lloyd-Jones DM, Fuster V. Association of incident cardiovascular disease with time course and cumulative exposure to multiple risk factors. JACC [Internet]. 2023 Mar 20 [citado 2025 Dic 3];81(12):1151-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2023.01.024>.
4. Varela-Tabares DC, Palmezano-Díaz J, Pérez-Arroyave A, Gallego-Muñoz C, Martínez C. Síndrome coronario agudo en el paciente joven. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2022 Sep 1 [citado 2024 May 6];29(3):317-24. Disponible en: DOI:10.24875/RCCAR.M22000160.
5. Brunori EHFR, Lopes CT, Cavalcante AMRZ, Santos VB, Lopes JL, Barros ALBL. Association of cardiovascular risk factors with the different presentations of acute coronary syndrome. Rev. Latino-Am. Enfermagem (Internet). 2014 Jul-Ago (citado 2025 Dic 3);22(4):538-46. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FD7HWG4w5j3WL3GbR4vzpzC/?lang=es&format=pdf>.
6. Einarson TR, Acs A, Ludwig C, Panton UH. Prevalence of cardiovascular disease in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007–2017. Cardiovasc Diabetol [Internet]. 2018 Jun 8 [citado 2024 Abr 12];17(1):83. Disponible en: DOI: 10.1186/s12933-018-0728-6.

7. Franek E, Pais P, Basile J, Nicolay C, Raha S, Hickey A, et al. General versus central adiposity as risk factors for cardiovascular-related outcomes in a high-risk population with type 2 diabetes: a post hoc analysis of the REWIND trial. *Cardiovasc Diabetol* [Internet]. 2023 Mar 10 [citado 2024 Abr 12];22(1):109. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12933-023-01757-z>.
8. Bacuilima Zhañay PC, Ochoa Bravo AC. Estudio Transversal: Riesgo Cardiovascular en Diabetes Mellitus II según Score UKPDS en pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga. *Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga* [Internet]. 2020 Nov 30 [citado 2024 Abr 12];12(3):178-87. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/632>.
9. Roca-Sanchez-Moreno JD, Soto A, Núñez-Muñoz AL, De La Cruz-Vargas J, Quiñones-Laveriano D. [Comparación de diferentes definiciones de síndrome metabólico y su relación con la estimación del riesgo cardiovascular]. *Rev. Fac.Med* [Internet]. 2022 Abr 29 [citado 2024 Abr 12];70(2):e92602. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n2.92602>.
10. Coniglio R.I. Asociación del índice triglicérido-glucosa con colesterol-no-HDL aumentado como indicador de riesgo cardiometabólico en estudios poblacionales [Internet]. *Org.ar.* [citado el 12 de abril de 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/abcl/v56n4/0325-2957-abcl-56-4-12.pdf>.
11. Cheng Y, Dong-Ling; Bi, Wen-Tao; Mei, Wei-Yi; Wu, Su-Hua; Li, Zhu-Yu; Xie, Jing-Dun. Systolic Blood Pressure and Cardiovascular Risk in Normotensive Adults. [Internet] 2023 [citado el 12 de abril de 2024]; Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-36868746>.
12. Hierrezuelo Rojas N, Álvarez Cortés JT, Monje Labrada A. Estimación del riesgo cardiovascular en adultos mayores con hipertensión arterial. *Medisan* [Internet]. 2021 [citado el 12 de abril de 2024];25(3):566–79. Disponible en

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000300566.

13. Wu AD, Lindson N, Hartmann-Boyce J, Wahedi A, Hajizadeh A, Theodoulou A, et al. Smoking cessation for secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Libr [Internet]. 2022;2022(8). [citado 2024 Abr 12]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd014936.pub2>.
14. Castro-Bolívar JF, Castro-Vega O. Factores de riesgo cardiovasculares y su prevalencia en pacientes de 18 a 66 años hospitalizados en una clínica de tercer nivel de Barranquilla. Rev OFIL-ILAPHAR [Internet]. 2022 [citado 2024 Mayo 6];32(2):129–36. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2022000200004.
15. Zuni Chavez KX, More Sandoval BE, Fernández Vargas CD, García Fuentes BB, Ruiz Olano JM, Pérez Rodríguez VK. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hospitalizados en un hospital de lima. Rev fac med humana [Internet]. 2019 [citado 2024 Abr 12];19(4):68-73. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400011.
16. García M. Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2018;25:8–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.021>.
17. Villarroel H, Villarroel M, M. Influencia de factores de riesgo en la predicción de un evento cardiovascular adverso en población adulta de prevención primaria en El Salvador. Base de Datos LILACS / Salud CR de Revisiones Sistemáticas 2021, Volumen 23, Numero 02. Artículo N °5. Disponible en <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1389038/rccv23n02art5.pdf>.

18. Gelbenegger G, Postula M, Pecen L, Halvorsen S, Lesiak M, Schoergenhofer C, et al. Aspirina para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares: un metanálisis con especial atención a los subgrupos. BMC Med [Internet]. 2019;17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-019-1428-0>.
19. Cuba M, Martínez J, Ortiz I. Riesgo cardiovascular y uso adecuado de aspirina en la prevención primaria de eventos cardiovasculares en la consulta externa de Clínica Médica del Hospital de Clínicas. An Univ Nac Asunción [Internet]. 2020;53(2):53–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18004/anales/2020.053.02.53>.
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Epi Info™, v. 7.2 [Software]. Atlanta, GA: CDC; 2024.
21. American College of Cardiology; American Heart Association. ASCVD Risk Estimator Plus: Estimación de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica [Software]. Washington, DC: ACC/AHA; 2013. Disponible en: <https://tools.acc.org/ascvd-risk-estimator-plus/>.
22. Liang P, Zhang X, Yan H, Huang W, Kang L, Li Y, Li G, et al. Trends and predictive research on the global burden of ischemic heart disease from 1990 to 2021: an analysis of the Global Burden of Disease study 2021. Front Public Health [Internet]. 2025 Sep 19 [citado 2025 Dic 3];13:1569179. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1569179>.
23. Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, Rab T, Tamis-Holland JE, Alexander JH, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline for the management of patients with acute coronary syndromes: a report of the American College of

- Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation [Internet]. 2025 Apr [citado 2025 Dic 3];151(13):e771-862. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001309>.
24. Mosquera-Becerra J, Pérez-Bustos AH, Díaz-Grajales C, Quiroz-Arias C, Salcedo-Cifuentes M, Mejía-López J, et al. Promoción de la salud en América Latina: coherencia en su implementación. Hacia Promoc. Salud [Internet]. 2023;28(2):14159. [citado 2025 Nov 17]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-7577202300020014 .
25. Banach M, Surma S, Toth PP, Gherghe M, Papanas N, Rysz J, et al. 2023: The year in cardiovascular disease – the year of new and prospective lipid-lowering therapies. Can we render dyslipidemia a rare disease by 2024? Arch Med Sci [Internet]. 2023 Nov 2;19(6):1602-15. doi:10.5114/aoms/174743. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10696981/>.
26. Goff DC Jr, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB Sr, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014 Jun 24;129(25 Suppl 2):S49-73. Doi:10.1161/01.cir.0000437741.48606.98.
27. Medina-Inojosa JR, Ayers CR, Bannash RS, Sui X, Lazo M, Alamgir AH, et al. Performance of the ACC/AHA Pooled Cohort Equations to predict atherosclerotic cardiovascular disease in a community cohort. J Am Coll Cardiol. 2023;82(17):1689-700. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.07.018>.

28. Saad EJ, Finello M, Tabares AH, Becerra AF, Foia E, Fernández ML, et al. Rendimiento de ecuaciones para predecir riesgo cardiovascular en una población de Argentina. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2021 Mar;81(1):1623. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000100016&lng=es [citado 2025 Nov 17].
29. Rosario KF, Mehta A, Ayers C, Engel Gonzalez P, Pandey A, Khera R, et al. Performance of the Pooled Cohort Equations in Hispanic Individuals Across the United States: Insights From the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis and the Dallas Heart Study. J Am Heart Assoc. 2021 May 4;10(9):e018410. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.018410>.
30. Khan SS, Matsushita K, Sang Y, Ballew SH, Grams ME, Surapaneni A, et al. Development and validation of the American Heart Association's PREVENT equations. Circulation. 2024 Feb 6;149(6):430-49. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.123.067626>.
31. Van Daalen KR, Zhang D, Kaptoge S, Paige E, Di Angelantonio E, Pennells L, et al. Risk estimation for the primary prevention of cardiovascular disease: considerations for appropriate risk prediction model selection. Lancet Glob Health. 2024;12:e1343-58. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00210-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00210-9).
32. Berhe HA, Asfaw MD, Mohammed AA, Messelu HW, Minaleshewa F, Gebremariam GG, et al. Global burden of acute coronary syndrome recurrence: a systematic review and meta-analysis. Med J Eur [Internet]. 2025 Aug 26 [citado 2025 Dic 3];3(4):12-9. Disponible en: <https://medjeur.com/issues/mje-2025-4/global-burden-of-acute-coronary-syndrome-recurrence-a-systematic-review-and-meta-analysis-2025/>.

33. Díaz-García KP, Morales-Bedolla JM, Muñoz-Cortés G, Morales-Hernández BP. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: un estudio transversal en una institución pública de Michoacán, México. Rev Mex Med Fam [Internet]. 2024;11(4):99-1060. DOI: 10.24875/RMF.24000082.

APÉNDICES Y ANEXOS.

ANEXO 1. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA EN STATCALC DE EPI INFO™.

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:	4421	
Expected frequency:	15	%
Acceptable Margin of Error:	5	%
Design effect:	1.0	
Clusters:	1	

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	82	82
90%	134	134
95%	188	188
97%	228	228
99%	314	314
99.9%	491	491
99.99%	657	657

Fuente: Elaboración propia a partir de StatCalc, Epi Info™ v. 7.2.

ANEXO 2. INTERFAZ DE LA CALCULADORA ASCVD RISK ESTIMATOR PLUS UTILIZADA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Edad actual *

La edad debe estar entre 20 y 79 años.

Sexo *

Masculino
Femenino

Carrera *

Blanco
afroamericano
Otro

Presión arterial sistólica (mm Hg) *

El valor debe estar entre 90 y 200.

Presión arterial diastólica (mm Hg) *

El valor debe estar entre 60 y 130.

Colesterol total (mg/dL) *

El valor debe estar entre 130 y 320.

Colesterol HDL (mg/dL) *

El valor debe estar entre 20 y 100.

Colesterol LDL (mg/dL) *

El valor debe estar entre 30 y 300.

¿Antecedentes de diabetes? *

Sí
No

¿Fumador? *

Actual
Anterior
Nunca

¿Está recibiendo tratamiento para la hipertensión? *

Sí
No

¿Estás tomando estatinas? *

Sí
No

¿Está tomando aspirina? *

Sí
No

¿Desea refinar la estimación de riesgo actual utilizando datos de una visita anterior? *

Sí
No

Fuente: Tomado de ASCVD Risk Estimator Plus (ACC/AHA).

APÉNDICE 1. Estadística descriptiva de la edad en la población de estudio.

Variable Estadística.	Valor.
Media.	61.5 años
Mediana.	62 años
Moda.	67 años
Desviación estándar.	9.77
Valor mínimo.	40 años
Valor máximo.	78 años

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de expedientes clínicos electrónicos del Hospital Policlínico Zacamil, mayo-julio 2024.

APÉNDICE 2. Distribución de la muestra según sexo en pacientes de la clínica metabólica del Hospital Policlínico Zacamil.

Sexo.	Número.	Porcentaje.
Femenino.	86	64.17%
Maculino.	48	35.82%
Total de muestra.	134	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de expedientes clínicos electrónicos del Hospital Policlínico Zacamil, mayo-julio 2024.

APÉNDICE 3. Estadística descriptiva de presión arterial sistólica y diastólica en la población de estudio.

Variable Estadística.	presión arterial sistólica (mmHg).	presión arterial diastólica (mmHg).
Media.	120.63	75.3
Mediana.	120	80
Moda.	120	80
Desviación estándar.	7.54	5.44
Mínimo.	100	60

Máximo.	165	90
---------	-----	----

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de expedientes clínicos electrónicos del Hospital Policlínico Zacamil, mayo-julio 2024.

APÉNDICE 4. Estadística descriptiva de colesterol total, colesterol HDL y de colesterol LDL en la población de estudio.

Variable Estadística.	Colesterol Total (mg/dL)	Colesterol HDL (mg/dL)	Colesterol LDL (mg/dL)
Media.	179.18	49.52	117.74
Error típico.	2.43	1.06	2.3
Mediana.	184	48.65	115
Moda.	161	42.2	115
Desviación estándar.	28.05	12.29	26.66
Mínimo.	131	20.8	69.5
Máximo.	289	86.6	186

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de expedientes clínicos electrónicos del Hospital Policlínico Zacamil, mayo-julio 2024.

APÉNDICE 5. Distribución de la muestra según variable diabetes en pacientes de la clínica metabólica del Hospital Policlínico Zacamil.

Diabetes.	Número.	Porcentaje.
Si	78	58.20%
No	56	41.79%
Total de muestra	134	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de expedientes clínicos electrónicos del Hospital Policlínico Zacamil, mayo-julio 2024.

APÉNDICE 6. Distribución de la muestra según variable tabaquista en pacientes de la clínica metabólica del Hospital Policlínico Zacamil.

Fumador.	Número.	Porcentaje.
Si.	0	0.00%
No.	134	100.00%
Total de muestra.	134	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de expedientes clínicos electrónicos del Hospital Policlínico Zacamil, mayo-julio 2024.

APÉNDICE 7. Distribución de la muestra según variable uso de antihipertensivo en pacientes de la clínica metabólica del Hospital Policlínico Zacamil.

Uso de antihipertensivo.	Número.	Porcentaje.
Si.	107	79.85%
No.	27	20.14%
Total de muestra.	134	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de expedientes clínicos electrónicos del Hospital Policlínico Zacamil, mayo-julio 2024.

APÉNDICE 8. Distribución de la muestra según variable uso de estatinas en pacientes de la clínica metabólica del Hospital Policlínico Zacamil.

Uso de estatinas.	Número.	Porcentaje.
Si.	65	48.50%
No.	69	51.49%
Total de muestra.	134	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de expedientes clínicos electrónicos del Hospital Policlínico Zacamil, mayo-julio 2024.

APÉNDICE 9. Distribución de la muestra según variable uso de aspirina en pacientes de la clínica metabólica del Hospital Policlínico Zacamil.

Uso de aspirina.	Número.	Porcentaje.
Si.	28	20.89%
No.	106	79.10%
Total de muestra.	134	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de expedientes clínicos electrónicos del Hospital Policlínico Zacamil, mayo-julio 2024.

APÉNDICE 10. Distribución de la muestra según riesgo cardiovascular en pacientes de la clínica metabólica del Hospital Policlínico Zacamil.

Riesgo cardiovascular.	Número.	Porcentaje.
Bajo.	42	31.34%
Alto	39	29.10%
Intermedio.	34	25.37%
Borderline.	19	14.18%
Total de muestra	134	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de expedientes clínicos electrónicos del Hospital Policlínico Zacamil, mayo-julio 2024.

