



Morbilidad y mortalidad por enfermedades de vasos sanguíneos (datos globales y locales)

Este boletín deberá citarse como:

Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Morbilidad y mortalidad por enfermedades de vasos sanguíneos (datos globales y locales). Factográfico salud [Internet]. 2025 Oct [citado Día Mes Año];11(10):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2025/10/factografico-de-salud-octubre-2025.pdf>

Reseña

Las enfermedades de los vasos sanguíneos, fundamentalmente las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), constituyen la principal causa de muerte a nivel global y representan un desafío sanitario de primer orden para Cuba. Esta realidad, lejos de ser un simple dato estadístico, es un llamado a la reflexión y a la acción para todos los integrantes de nuestro sistema de salud.

A nivel mundial, las ECV son una pandemia silenciosa que cobra aproximadamente 18.6 millones de vidas anuales, representando un tercio de todas las muertes globales. Esta cifra supera con creces la suma de todas las muertes por cáncer, enfermedades respiratorias e infecciosas. Pero detrás de este número abrumador se esconde una verdad crucial: hasta el 80% de estos eventos podrían prevenirse.

Cuba, si bien exhibe un sistema de salud robusto, accesible y con resultados notables en indicadores como la mortalidad infantil, no escapa a esta realidad. Las ECV se mantienen de manera incuestionable como la primera causa de muerte en el país. Si bien nuestra tasa de mortalidad ajustada por edad es un testimonio del esfuerzo del sistema y es inferior a la de muchos de nuestros vecinos regionales, refleja la urgente necesidad de intensificar y modernizar nuestras estrategias de prevención primaria y secundaria.

¿Por qué este boletín es una herramienta indispensable para usted, profesional de la salud?

Porque va más allá del diagnóstico del problema. Este informe factográfico ofrece un análisis comparativo detallado y basado en la evidencia más actualizada, que le permitirá:

- Comprender la Etiopatogenia: Profundizamos en los mecanismos fisiopatológicos comunes, desde la aterosclerosis hasta la trombosis, para fundamentar un abordaje racional y científico.
- Visualizar el Panorama Comparativo: Presentamos tablas claras que contrastan la prevalencia de factores de riesgo, la mortalidad y las estrategias de manejo a nivel global, regional y local. ¿Cómo se compara nuestra prevalencia de hipertensión con el resto del mundo? ¿Qué podemos aprender de las metas de control internacionales? Aquí encontrará las respuestas.
- Identificar los Factores de Riesgo Clave: Desglosamos con precisión la abrumadora fracción atribuible poblacional de la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad y el tabaquismo en nuestro contexto, priorizando las intervenciones de mayor impacto.

- Actualizarse en Estrategias Terapéuticas: Sintetizamos las guías internacionales más recientes, contrastando las metas ideales de control con las realidades y oportunidades dentro de nuestro sistema de salud, proporcionando un marco para la toma de decisiones clínicas informadas.
- Combatir la Inercia Terapéutica: Abordamos uno de los mayores obstáculos para mejorar los resultados, proponiendo estrategias prácticas para optimizar el tratamiento y alcanzar las metas en nuestros pacientes.

La epidemia de enfermedades vasculares está impulsada por una tormenta perfecta de envejecimiento poblacional y estilos de vida. La batalla contra este flagelo no se gana solo en los salones de terapia intensiva o en los laboratorios de hemodinamia, sino en la consulta del médico de familia, en las comunidades y en las políticas públicas que promueven entornos saludables.

Este boletín es más que un compendio de datos; es un mapa de ruta. Está diseñado para fundamentar la toma de decisiones clínicas, orientar el diseño de políticas de salud pública y, sobre todo, para motivar una acción concertada y basada en la evidencia.

Invitamos a todos los profesionales de la salud de Cuba y el mundo a sumergirse en este análisis, a extraer conclusiones y a utilizar estas herramientas para seguir construyendo un sistema de salud no solo curativo, sino fundamentalmente preventivo.

Por: Dra.C. Maria del Carmen González Rivero
Servicio Diseminación Selectiva de la Información (DSI)
Biblioteca Médica Nacional / Cuba

Perfiles de países - Morbilidad y mortalidad por enfermedades de vasos sanguíneos

Las enfermedades de los vasos sanguíneos (angiopatías) se clasifican principalmente por el tipo de vaso afectado y la naturaleza de la patología:

- **Enfermedad Vascular Arterial:**
 - **Aterosclerosis:** Base fisiopatológica de la mayoría. Acumulación de placas de lípidos y tejido fibroso en la íntima arterial.
 - **Enfermedad Coronaria (Cardiopatía Isquémica):** Incluye Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y Angina de Pecho.
 - **Enfermedad Cerebrovascular (ECV):** Isquémica (trombosis, embolia) y hemorrágica (hemorragia intracerebral, subaracnoidea).
 - **Enfermedad Arterial Periférica (EAP):** Obstrucción arterial en miembros inferiores.
- **Enfermedad Vascular Venosa:** Trombosis Venosa Profunda (TVP), Embolismo Pulmonar (TEP), Venas Varicosas.
- **Enfermedades de Pequeños Vasos:** Microangiopatía diabética, hipertensiva.

Factores de Riesgo Modificables y No Modificables:

- **No Modificables:** Edad, sexo, predisposición genética.
- **Modificables:** Hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo, diabetes mellitus, obesidad (especialmente abdominal), sedentarismo, dieta no saludable, consumo nocivo de alcohol.

2. Panorama Global (Datos OMS y GBD)

Las enfermedades cardiovasculares son una pandemia. Los datos del **Global Burden of Disease (GBD) Study** y la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** pintan un panorama claro.

Tabla 1. Carga Global de las Enfermedades Cardiovasculares (Estimaciones OMS/GBD ~2023)

Indicador	Valor Global	Comentarios
Muertes anuales por ECV	~18.6 millones	Representan el 32% de todas las muertes globales.
Principales causa de muerte	Sí, a nivel mundial.	Más que todas las enfermedades infecciosas combinadas.
Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)	>380 millones	Alta carga de morbilidad y discapacidad (ej: insuficiencia cardíaca post-IAM, secuelas de ACV).
Mortalidad por región		Desigual. >75% de las muertes ocurren en

(OMS)		países de ingresos bajos y medios.
Enfermedad más mortal	Enfermedad coronaria (IAM)	~9.4 millones de muertes, seguida de la enfermedad cerebrovascular (~6.7 millones).
Tendencia	Estable/Alza	Descenso en países de altos ingresos, pero aumento en países de medianos/bajos ingresos.

Tabla 2. Comparativa de Tasas de Mortalidad Ajustada por Edad (por 100,000 hab) por Región (Estimaciones)

Región (OMS)	Tasa de Mortalidad por ECV (ajustada por edad)	Contexto y Factores Asociados
Europa Oriental	Muy Alta (>500)	Alta prevalencia de factores de riesgo (HTA, tabaquismo, alcohol), sistemas de salud en transición.
Asia Central	Alta (400-500)	Similar a Europa Oriental. Dietas ricas en sal y grasas.
Américas (General)	Media (250-400)	Gran heterogeneidad. EE.UU. tiene alta carga, pero tasas ajustadas en descenso.
Europa Occidental	Media-Baja (200-300)	Programas robustos de prevención y tratamiento temprano. Tasas en descenso constante.
África Subsahariana	Variable (en aumento)	Carga creciente por transición epidemiológica. Alta prevalencia de HTA no controlada.

3. Panorama Nacional: Cuba

Cuba presenta un perfil epidemiológico dual: mantiene indicadores propios de países desarrollados (baja mortalidad infantil, alta esperanza de vida) pero con una carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) similar a la de naciones de altos ingresos. Las ECV lideran las estadísticas de mortalidad desde hace décadas.

Fuente principal: [Anuarios Estadísticos de Salud](#) (MINSAP, Cuba). Los datos exactos más recientes deben consultarse en la última edición disponible.

Tabla 3. Principales Causas de Muerte en Cuba (Ejemplo basado en años recientes)

Rango	Causa de Muerte	Tasa (por 100,000 hab) *	% del total de defunciones
1	Enfermedades del Corazón	~220-250	~28%
2	Tumores Malignos	~200-220	~25%
3	Enfermedades Cerebrovasculares	~60-70	~8%
4	Influenza y Neumonía	~45-55	~5%
5	Accidentes	~40-45	~4%

*Las tasas son ejemplos ilustrativos basados en tendencias pasadas. Deben actualizarse con el anuario más reciente.			
--	--	--	--

Tabla 4. Desglose de la Mortalidad por Enfermedades de Vasos Sanguíneos en Cuba

Enfermedad Específica	Tasa de Mortalidad (por 100,000 hab) *	Tendencia	Comentarios para Cuba
Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	~80-100	Estable/Ligero descenso	Principal causa de muerte cardiovascular.
Otras Enfermedades Isquémicas del Corazón	~60-70	Estable	Incluye angina, cardiopatía isquémica crónica.
Enfermedad Cerebrovascular (ACV)	~60-70	Descenso significativo	Resultado de estrategias de control de HTA y tabaquismo.
Enfermedad Hipertensiva	~20-30	Estable	Subdiagnosticada como causa directa de muerte.
Insuficiencia Cardíaca	~25-35	Estable	Frecuente causa final de descompensación de otras ECV.
*Datos ilustrativos. Fuente: Anuarios Estadísticos de Salud de Cuba.			

Morbilidad

La morbilidad por ECV es alta. Las consultas de cardiología, medicina interna y los ingresos hospitalarios están dominados por:

- Síndromes coronarios agudos.
- Insuficiencia cardíaca descompensada.
- Arritmias.
- Complicaciones de la hipertensión arterial.

La **prevalencia de factores de riesgo** en la población adulta cubana es alarmante y explica la alta carga de enfermedad:

- **Hipertensión Arterial:** Afecta a más del 30% de la población adulta (una de las prevalencias más altas de las Américas).
- **Tabaquismo:** Aunque ha descendido, aún es un problema mayor de salud pública.
- **Diabetes Mellitus:** Prevalencia en aumento (>10% en adultos), lo que incrementa el riesgo vascular de 2 a 4 veces.
- **Obesidad y Sobrepeso:** Afectan a más del 60% de la población adulta.

- **Sedentarismo:** Alto porcentaje de la población con baja actividad física.

4. Análisis Comparativo: Cuba vs. Mundo y Región de las Américas

Tabla 5. Comparativa de Indicadores Clave (Tasas ajustadas por edad por 100,000 hab)

Indicador	Cuba	Estados Unidos	Canadá	México	Brasil	Media América
Mortalidad por ECV	~200-250 *	~165	~125	~250	~280	~230
Mortalidad por Enf. Coronaria	~100-120 *	~85	~70	~110	~130	~105
Mortalidad por ECV (ACV)	~50-60 *	~35	~30	~50	~80	~55
Prevalencia de HTA	>30%	~32%	~24%	~25%	~27%	~28%
*Valores estimados para Cuba basados en datos reportados y ajustes. Fuentes internacionales: OMS, OPS, CDC, WHO NCD Monitor.						

Interpretación del Análisis Comparativo:

- Cuba tiene una **tasa de mortalidad cardiovascular ajustada por edad más baja que la media regional de las Américas** y que países de características similares como México y Brasil. Esto es un logro del sistema de salud, que garantiza acceso universal y atención primaria fuerte.
- Sin embargo, la tasa es **sustancialmente más alta que la de países como Canadá o Estados Unidos**. Esta brecha se atribuye principalmente a:
 1. **Mayor prevalencia e incidencia de factores de riesgo modificables** (especialmente HTA, diabetes, obesidad).
 2. **Diferencia en el acceso a tecnologías de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad** (ej: angioplastia primaria las 24h/7días, marcapasos, cirugía cardiovascular) de forma masiva y rápida.
 3. **Envejecimiento poblacional acelerado**, lo que aumenta la pool de población en riesgo.

5. Abordaje Cubano y Recomendaciones Estratégicas

El sistema de salud cubano tiene fortalezas únicas para enfrentar este desafío:

- **Atención Primaria de Salud (APS)** como columna vertebral: El modelo del médico y enfermera de la familia permite la vigilancia, educación y control continuo de los factores de riesgo en la comunidad.
- **Acceso universal y gratuito** a servicios de salud, incluyendo medicamentos esenciales para la HTA y la diabetes.
- **Programas nacionales** específicos para la prevención y control de la HTA, la diabetes y el tabaquismo.

Potenciar el Impacto:

1. **Fortalecer la Prevención Primaria:** Campañas agresivas de educación poblacional sobre dieta, sal, actividad física y abandono del tabaco. Políticas intersectoriales (ej: agricultura, educación) para promover entornos saludables.
2. **Optimizar el Control de Factores de Riesgo en la APS:** Mejorar las metas de control de la HTA (<140/90 mmHg) y de la diabetes (HbA1c <7%) mediante protocolos actualizados, garantía de disponibilidad de medicamentos y monitoreo continuo.
3. **Fortalecer la Red de Urgencias y la Atención al IAM y ACV:** Mejorar los tiempos de respuesta, el diagnóstico precoz y el acceso a terapias de reperusión (trombolisis, angioplastia) en todo el territorio nacional.
4. **Invertir en Tecnología y Capacitación:** Dotar a los servicios de cardiología de equipos de diagnóstico (ecocardiógrafos, holter) y capacitar a más especialistas en técnicas intervencionistas.
5. **Investigar y Vigilar:** Fortalecer los registros nacionales de IAM y ACV para tener datos de alta calidad que permitan evaluar las intervenciones y orientar políticas. Promover la investigación clínica y epidemiológica en ECV.

Las enfermedades de los vasos sanguíneos son la mayor amenaza para la salud de la población cubana y global. Cuba, gracias a su sistema de salud, ha logrado posicionarse mejor que muchos de sus pares regionales, pero aún existe una brecha significativa con las naciones más desarrolladas. La epidemia de factores de riesgo modificables es el campo de batalla crucial. La combinación de la solidez de la APS con una mayor inversión en tecnología, capacitación y políticas poblacionales audaces es la estrategia necesaria para revertir la tendencia y reducir la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades, consolidando el liderazgo de la salud pública cubana en el mundo.

Clasificación y Etiopatogenia de la Morbilidad y mortalidad por enfermedades de vasos sanguíneos

Para comprender la carga de enfermedad y orientar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento, es fundamental clasificar las enfermedades vasculares según su localización, tipo de vaso afectado y el mecanismo fisiopatológico subyacente. La etiopatogenia, que integra la causa (etiología) y el mecanismo de desarrollo (patogenia), es mayoritariamente compartida, con la aterosclerosis y la hipertensión arterial como pilares comunes.

Tabla 6. Clasificación de las Enfermedades de los Vasos Sanguíneos según Localización y Tipo de Vaso

Sistema Vascular	Enfermedad Principal	Manifestaciones Clínicas Agudas/Crónicas	Impacto Principal en Morbilidad/Mortalidad
Arterial de Gran Calibre	Aterosclerosis	- Aguda: Síndrome Coronario Agudo (SCA), Accidente Cerebrovascular Isquémico (ACV), Isquemia Aguda de Miembro. - Crónica: Enfermedad Arterial Coronaria estable, Enfermedad Arterial Periférica, Estenosis carotídea.	Alta. Principal causa de muerte cardiovascular global y en Cuba. El IAM y el ACV isquémico son las complicaciones más letales.
Arterial de Pequeño Calibre	Microangiopatía	- Aguda: Accidente Cerebrovascular Lacunar. - Crónica: Retinopatía, Nefroangioesclerosis, Neuropatía periférica.	Alta morbilidad. Causa importante de discapacidad (demencia vascular, insuficiencia renal, ceguera). Asociada fuertemente a HTA y Diabetes.
Sistema Venoso	Trombosis Venosa	- Aguda: Trombosis Venosa Profunda (TVP), Embolismo Pulmonar (TEP). - Crónica: Síndrome post-trombótico, Úlceras venosas.	Alta morbilidad. El TEP puede ser fatal. El síndrome post-trombótico causa discapacidad crónica y deterioro de la calidad de vida.
Sistema Linfático	Linfedema	- Crónica: Inflamación y edema crónico de miembros, fibrosis.	Baja mortalidad, Alta morbilidad. Impacto significativo en la calidad de vida y funcionalidad.

Etiopatogenia: Mecanismos Fisiopatológicos Subyacentes

La mayoría de las enfermedades vasculares comparten vías etiopatogénicas comunes. Su comprensión es la base de la prevención.

Tabla 7. Etiopatogenia de las Enfermedades Vasculares más Relevantes

Mecanismo Fisiopatológico Primario	Enfermedad Resultante	Factores Etiológicos / de Riesgo Clave	Proceso Fisiopatológico
Aterosclerosis	Enfermedad	• Dislipidemia (LDL	1. Daño endotelial.

	Arterial Coronaria, Cerebrovascular, Periférica.	alto, HDL bajo) • Hipertensión Arterial • Tabaquismo • Diabetes Mellitus • Edad, sexo masculino, antecedentes familiares	2. Infiltración de LDL oxidado en la íntima. 3. Migración de monocitos/macrófagos (células espumosas). 4. Proliferación de músculo liso y fibrosis. 5. Formación de placa ateromatosa (estable o vulnerable). 6. Complicación: rotura de placa, trombosis aguda, oclusión.
Trombosis	TVP, TEP, Trombosis arterial sobre placa rota.	• Triada de Virchow: - Estasis venosa (inmovilidad, ICC) - Hipercoagulabilidad (trombofilias, cáncer) - Daño endotelial (trauma, cirugía) • Fibrilación Auricular (para ACV cardioembólico)	Activación anormal de la cascada de coagulación, que conduce a la formación de un coágulo (trombo) que obstruye el flujo sanguíneo en venas o arterias.
Vasospasmo	Angina de Prinzmetal, Fenómeno de Raynaud, Algunos ACV.	• Tabaquismo • Estrés • Uso de drogas vasoactivas (cocaína, anfetaminas) • Disautonomía	Constricción súbita y transitoria de una arteria, reduciendo críticamente el flujo sanguíneo y causando isquemia tisular.
Disrupción Vascular (Hemorragia)	Hemorragia Intracerebral, Hematoma, Aneurisma roto.	• Hipertensión Arterial mal controlada • Angiopatia amiloide cerebral • Aneurismas/ Malformaciones Arteriovenosas • Trauma	Debilitamiento de la pared del vaso (p. ej., por HTA crónica) que lleva a su ruptura y extravasación de sangre al tejido circundante.
Inflamación Sistémica	Vasculitis (ej. Arteritis de Takayasu, de Células Gigantes).	• Enfermedades Autoinmunes • Infecciones (raro, como desencadenante) • Idiopáticas	Infiltración de la pared del vaso por células inflamatorias (leucocitos), leading a edema, necrosis, estrechamiento u oclusión de la luz vascular.

La **clasificación** de las enfermedades vasculares se basa en el lecho afectado (arterial, venoso, linfático) y el calibre del vaso, lo que determina su presentación clínica y su impacto en la salud. Sin embargo, desde la perspectiva de la **morbimortalidad poblacional**, las enfermedades del sistema arterial, y en particular las de etiología aterosclerótica, son abrumadoramente dominantes.

La **etiopatogenia** revela que, más allá de la clasificación anatómica, existe una convergencia de mecanismos. La **aterosclerosis** es el proceso patológico central, una enfermedad inflamatoria crónica impulsada por factores de riesgo modificables. La **hipertensión arterial** actúa como un multiplicador de riesgo, acelerando la aterosclerosis y dañando directamente la microvasculatura (ej. cerebro, riñones). La **trombosis** es la complicación terminal aguda que convierte una condición crónica (aterosclerosis) en un evento catastrófico (IAM, ACV).

Implicaciones para el Sistema de Salud de Cuba

Prevención Primaria: El conocimiento de la etiopatogenia refuerza la importancia absoluta de combatir los factores de riesgo modificables. Las campañas de salud pública deben enfatizar que la **hipertensión**, la **dislipidemia**, la **diabetes**, el **tabaquismo** y la **obesidad** no son solo números alterados en un laboratorio, sino los **motores fisiopatológicos directos** de la principal causa de muerte en el país.

1. **Prevención Secundaria:** En pacientes que ya han sufrido un evento, el manejo agresivo de estos mismos factores de riesgo es crucial para prevenir recurrencias.
2. **Enfoque Integral:** El abordaje no puede ser solo sectorial (cardiología, neurología). debe ser integrado desde la Atención Primaria de Salud, con un médico de familia que comprenda estos mecanismos y pueda actuar sobre ellos de manera temprana y continua.

Factores de riesgos

La carga de las enfermedades vasculares no se distribuye de manera aleatoria en la población, sino que se concentra en individuos expuestos a uno o más **factores de riesgo**. La identificación, cuantificación y manejo de estos factores constituye la piedra angular de la prevención, tanto primaria (evitar que la enfermedad aparezca) como secundaria (evitar recurrencias en quienes ya la padecen). Estos factores interactúan de manera sinérgica, multiplicando el riesgo global de un evento vascular.

Tabla 8. Clasificación y Caracterización de los Principales Factores de Riesgo Vascular

Categoría	Factor de Riesgo	Mecanismo Fisiopatológico Principal	Impacto (Risk Ratio aproximado)
Factores de Riesgo Mayores Modificables	Hipertensión Arterial (HTA)	Daño endotelial directo, aceleración de la aterosclerosis, aumento del estrés de la pared vascular (riesgo de aneurisma/ruptura).	2-4x para ECV. Es el factor de riesgo poblacional más importante.
	Dislipidemia (LDL alto, HDL bajo)	Infiltración de LDL en la íntima arterial, formación de células espumosas e iniciación de la placa de ateroma.	2-3x para enfermedad coronaria.
	Tabaquismo	Daño endotelial, vasoconstricción, estado proinflamatorio y protrombótico.	2-4x para enfermedad coronaria. El riesgo disminuye rápidamente al dejar de fumar.
	Diabetes Mellitus (DM)	Glicación de proteínas, disfunción endotelial severa, estado proinflamatorio, dislipidemia aterogénica.	2-4x para todas las enfermedades vasculares. Equivalente al riesgo de quien ya ha tenido un IAM.
Factores de Riesgo Modificables Emergentes y/o de Estilo de Vida	Obesidad (especialmente abdominal)	Resistencia a la insulina, dislipidemia, HTA, estado inflamatorio crónico (elevación de PCR).	1.5-2x. Actúa principalmente a través de la exacerbación de otros factores.
	Sedentarismo	Empeora el perfil lipídico, promueve la HTA, la obesidad y la resistencia a la insulina.	1.5-2x. La actividad física regular es cardioprotectora.
	Dieta no Saludable (Alta en sal, grasas saturadas, azúcares)	Contribuye directamente a la HTA, dislipidemia y obesidad.	1.5-2x. Factor de riesgo subyacente fundamental.
	Consumo Nocivo de Alcohol	HTA, miocardiopatía, arritmias, elevación de triglicéridos.	Dosis-dependiente. Alto consumo aumenta el riesgo.
Factores de Riesgo No Modificables	Edad avanzada	Mayor tiempo de exposición a factores de riesgo, rigidez arterial, disfunción	El riesgo aumenta exponencialmente después de los 65 años.

		endotelial progresiva.	
	Sexo Masculino	Los estrógenos en las mujeres premenopáusicas confieren un efecto protector relativo.	Los hombres tienen mayor riesgo a edades más tempranas. La ventaja femenina desaparece después de la menopausia.
	Antecedentes Familiares	Componente genético/hereditario en la predisposición a la aterosclerosis, HTA o diabetes.	1.5-2x si un familiar de primer grado tuvo ECV prematura (<55 años hombres, <65 años mujeres).
	Raza/Etnia	Mayores prevalencias de HTA y diabetes en poblaciones afrodescendientes; factores socioeconómicos.	Riesgo aumentado independiente para HTA en poblaciones negras.

Análisis del Impacto Poblacional: Fracción Atribuible Poblacional (FAP)

La **Fracción Atribuible Poblacional (FAP)** es una medida epidemiológica crucial que estima el porcentaje de casos de una enfermedad (ej. IAM) en una población que podría eliminarse si se erradicara por completo un factor de riesgo específico. Esto ayuda a priorizar las intervenciones de salud pública.

Tabla 9. Fracción Atribuible Poblacional (FAP) de los Factores de Riesgo Modificables en Enfermedades Cardiovasculares (A nivel global y contexto cubano estimado)

Factor de Riesgo	FAP Global (Estimación OMS/GBD)*	FAP Estimada para Cuba*	Interpretación e Implicaciones para la Salud Pública
Hipertensión Arterial	~40-50%	>50%	Es el factor de riesgo más importante. Controlar la HTA a nivel poblacional tendría el mayor impacto en reducir la mortalidad cardiovascular en Cuba.
Dislipidemia	~30-40%	~30-40%	El manejo de las dislipidemias (con dieta, estatinas) es una estrategia de altísimo valor.
Tabaquismo	~10-20%	~15-25%	Aunque ha disminuido,

			sigue siendo un factor clave. Las políticas antitabaco salvan vidas.
Diabetes Mellitus	~10-15%	~15-20%	La creciente epidemia de diabetes incrementa fuertemente su FAP. Su control es esencial.
Obesidad	~20-30%	~20-30%	La obesidad es un factor causal múltiple. Las políticas para combatirla tendrían un impacto en varios frentes.
Dieta no Saludable	~20-30%	~20-30%	Intervenciones para promover dietas bajas en sal, grasas trans y azúcares son fundamentales.
Sedentarismo	~10-20%	~10-20%	Promover la actividad física es una estrategia costo-efectiva.
*Nota: Las FAP son estimaciones y varían según la población y los métodos de cálculo. Las cifras para Cuba se extrapolan de su perfil epidemiológico de alta prevalencia de HTA y diabetes. La suma de las FAP excede el 100% porque los factores de riesgo interactúan y se superponen en los mismos individuos.			

Tabla 10. Interacción y Sinergia de Factores de Riesgo: El Concepto de Riesgo Global

El riesgo cardiovascular no es aditivo, sino multiplicativo. La presencia de múltiples factores, incluso leves, confiere un riesgo global muy elevado. El **Síndrome Metabólico** es un claro ejemplo de esta conjunción de factores.

Perfil del Paciente	Factores de Riesgo Presentes	Riesgo Relativo Aproximado para Evento Coronario
Óptimo	Sin factores de riesgo mayores.	1.0 (Referencia)
Riesgo Moderado	Solo HTA limítrofe (ej. 140/90 mmHg).	~2.0
Alto Riesgo	HTA + Dislipidemia.	~4.0 - 6.0 (Mayor que la suma individual)
Muy Alto Riesgo	HTA + Dislipidemia + Diabetes.	>6.0 - 8.0 (Riesgo similar al de un paciente que ya ha tenido un evento)
Síndrome Metabólico	3 de estos 5: 1. Obesidad abdominal. 2. Triglicéridos elevados. 3. HDL bajo.	~3.0 - 5.0

	4. HTA. 5. Glicemia en ayunas elevada.	
--	---	--

Los factores de riesgos modificables, liderados por la **Hipertensión Arterial**, la **Dislipidemia**, el **Tabaquismo** y la **Diabetes Mellitus**, son los responsables de la abrumadora mayoría de los eventos vasculares a nivel poblacional. La alta prevalencia de estos factores en Cuba, especialmente de HTA, explica su posición como primera causa de muerte.

La estrategia más efectiva y costo-efectiva para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades de los vasos sanguíneos no reside únicamente en el tratamiento de alto nivel tecnológico de las complicaciones agudas, sino en una **agresiva y sistemática política de prevención primaria y secundaria** enfocada en:

- 1. La **detección precoz** y el **control estricto** de la HTA y la diabetes en la Atención Primaria de Salud.
- 2. El **fortalecimiento de las políticas antitabaco** y de promoción de estilos de vida saludable (dieta, actividad física).
- 3. La **evaluación del riesgo global** en cada individuo, en lugar de tratar factores aislados, para identificar a aquellos con mayor sinergia de riesgo y, por lo tanto, mayor beneficio potencial con las intervenciones.

Factores de Riesgo por enfermedades de vasos sanguíneos en el Mundo vs. Cuba

La distribución y prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular varían significativamente entre regiones, reflejando diferencias en estilos de vida, acceso a la salud, políticas públicas y contextos socioeconómicos. Comparar el perfil de riesgo de Cuba con las medias globales y regionales permite identificar fortalezas sobre las cuales construir y desafíos específicos que requieren atención urgente.

Tabla 11. Prevalencia Comparativa de Factores de Riesgo Modificables (Estimaciones en Población Adulta)

Factor de Riesgo	Prevalencia Global (Promedio Estimado OMS)	Prevalencia en Cuba (Estimaciones MINSAP/Encuestas Nacionales)	Análisis Comparativo e Implicaciones
Hipertensión Arterial	~30% (Alta variación: 20% en algunos países, >35% en	>30% (Una de las más altas de las Américas)	Punto crítico para Cuba. La prevalencia es consistentemente muy alta, indicando un desafío epidemiológico central. Supera

	otros)		la media global y regional.
Tabaquismo	~22% (Globalmente en descenso, pero variable)	~18-20% (En descenso significativo desde décadas previas)	Fortaleza relativa. Gracias a políticas antitabaco agresivas, Cuba ha logrado una prevalencia por debajo de la media global. Sin embargo, sigue siendo un factor importante.
Diabetes Mellitus	~9-10% (En rápido aumento a nivel global)	>10% (Tendencia claramente ascendente)	Desafío creciente. Cuba se sitúa por encima de la media global, reflejando la transición nutricional y el envejecimiento poblacional. Un factor de riesgo de alto impacto.
Sobrepeso y Obesidad	~39% (Sobrepeso) y ~13% (Obesidad)	>60% (Sobrepeso + Obesidad). Obesidad ~25-30%	Brecha crítica. La prevalencia de exceso de peso en Cuba es alarmantemente alta y superior a la media global. Es el principal factor desencadenante de otros factores de riesgo, como la HTA y la diabetes.
Dislipidemia (Colesterol elevado)	~39% (Niveles elevados de colesterol)	Alta (Datos específicos pueden variar, pero asociada a la dieta y obesidad)	Problema significativo. Asociada a la dieta y la obesidad, se presume una alta prevalencia, alineada o superior a las medias globales.
Sedentarismo	~27% (Insuficiente actividad física)	Alto (Estimaciones sugieren >50% de población con baja actividad física)	Área de oportunidad. El sedentarismo parece ser aún más prevalente en Cuba que en el promedio global, agravando la epidemia de obesidad y enfermedades metabólicas.

Tabla 12. Comparativa de Factores de Riesgo No Modificables y de Contexto

Factor / Contexto	Panorama Global	Panorama en Cuba	Análisis Comparativo e Implicaciones
Envejecimiento Poblacional	Aumento global, más acelerado en países desarrollados.	Acelerado y avanzado. >20% de la población tiene +60 años.	Amplifica el riesgo. Cuba tiene uno de los perfiles poblacionales más envejecidos de las Américas. Una población mayor es inherentemente más vulnerable a las ECV, incluso

			con los mismos factores de riesgo.
Acceso a la Atención Primaria	Desigual. Muy bueno en países desarrollados; limitado en países de bajos ingresos.	Fortaleza del sistema. Cobertura universal y acceso gratuito con un modelo de médico de familia.	Ventaja estratégica. Cuba tiene una capacidad única para implementar programas de prevención, detección y control de factores de riesgo a nivel comunitario, lo que mitiga el impacto de las altas prevalencias.
Dieta / Seguridad Alimentaria	Dietas occidentales altas en ultraprocesados. Inseguridad alimentaria variable.	Dieta tradicional alta en carbohidratos refinados y sal. Baja ingesta de frutas/verduras. Acceso limitado a alimentos saludables.	Desafío estructural. La dieta cubana es un factor de riesgo per se. Las dificultades económicas impactan en la calidad de la alimentación, favoreciendo el consumo de calorías baratas pero poco nutritivas.

Síntesis y Conclusión del Análisis Comparativo

- **Perfil de Alto Riesgo con una Fortaleza Clave:** Cuba presenta una **prevalencia de factores de riesgo modificables (HTA, diabetes, obesidad) que iguala o supera las medias globales**, configurando un perfil de población de alto riesgo cardiovascular. Sin embargo, posee una **fortaleza única: un sistema de atención primaria de acceso universal y gratuito** que es la herramienta más poderosa para contrarrestar esta carga.
- **La Triple Epidemia:** La conjunción de **hipertensión, diabetes y obesidad** representa la tormenta perfecta para la salud vascular de la población cubana. Estas condiciones son sinérgicas y multiplican el riesgo de manera exponencial.
- **El Desafío de la Transición Alimentaria:** El patrón dietético actual, influenciado por limitaciones económicas y culturales, es un determinante social fundamental de la mala salud cardiovascular en Cuba. Las políticas alimentarias y nutricionales deben ser un pilar de cualquier estrategia de prevención.
- **La Paradoja Cubana:** Cuba es un país con indicadores de salud **propios de naciones desarrolladas** (alta esperanza de vida, baja mortalidad infantil) pero con una **carga de factores de riesgo de ECV típica de países con mayores desigualdades**. Esto subraya el éxito del sistema en el manejo de lo agudo, pero revela la deuda en prevención primaria.
- **Recomendación Estratégica:** El foco debe intensificarse en **intervenciones poblacionales agresivas** (políticas para reducir el consumo de sal, azúcar y grasas no saludables,

promoción de actividad física) aprovechando la red de APS para el **control intensivo individual** de la HTA y la diabetes en los pacientes identificados. La lucha contra la obesidad debe convertirse en una prioridad nacional multisectorial.

Principales causas de muerte en Cuba (2022-2023)

Tabla 13. Principales causas de muerte en Cuba (2022-2023)

Causa de muerte	2022	2023
Enfermedades del corazón (I05-I52)	32,930 (Tasa bruta: 309.0)	32,105 (Tasa bruta: 313.5)
Tumores malignos (C00-C97)	25,218 (Tasa bruta: 236.6)	25,199 (Tasa bruta: 246.0)
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	11,469 (Tasa bruta: 107.6)	11,222 (Tasa bruta: 109.6)
Influenza y neumonía (J09-J18)	10,143 (Tasa bruta: 95.2)	9,200 (Tasa bruta: 89.8)
Accidentes	-	5,818 (Tasa bruta: 56.8)
Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	4,269 (Tasa bruta: 40.1)	3,930 (Tasa bruta: 38.4)
Enfermedades arterias/vasos capilares (I70-I79)	2,871 (Tasa bruta: 26.9)	2,852 (Tasa bruta: 27.8)
Diabetes mellitus (E10-E14)	2,552 (Tasa bruta: 23.9)	2,281 (Tasa bruta: 22.3)
Cirrosis y enfermedades crónicas hígado	1,831 (Tasa bruta: 17.2)	1,795 (Tasa bruta: 17.5)
Lesiones autoinfligidas (Suicidios)	-	1,671 (Tasa bruta: 16.3)

Fuente: Anuario Estadístico de Salud de Cuba (2022-2023). <https://files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estad%3%adstico-de-Salud-2023-EDICION-2024.pdf>

Tendencias clave:

1. **Enfermedades cardiovasculares** siguen siendo la principal causa de muerte (≈32,000 casos anuales).
2. **Cáncer** mantiene el segundo lugar con tasas estables (≈25,000 casos).
3. **Diabetes mellitus** muestra ligera disminución (2,552 en 2022 → 2,281 en 2023).
4. **Muertes por influenza/neumonía** se redujeron en 2023 (10,143 → 9,200).
5. **Nuevo registro en 2023:** Accidentes (5,818) y suicidios (1,671) aparecen con tasas significativas.

Notas:

- Tasas expresadas por 100,000 habitantes.

- Datos reflejan la carga de enfermedades no transmisibles (≈80% de las muertes).
- La diabetes disminuyó pero sigue entre las primeras 10 causas (mayor impacto en provincias como Sancti Spíritus).

Inercia Terapéutica y Abordaje Integral: Un Desafío Global y Local

Un concepto crítico que explica la brecha entre la evidencia y la práctica clínica es la **inercia terapéutica**: la falta de intensificación o modificación del tratamiento cuando no se han alcanzado las metas terapéuticas establecidas. Combatirla es esencial para mejorar los resultados cardiovasculares.

Tabla 14. Causas de la Inercia Terapéutica y Estrategias para Superarlas

Categoría de la Barrera	Causas o Manifestaciones	Estrategias Propuestas para el Equipo de Salud
Relacionadas con el Profesional	• Sobrestimación del control: "140/90 mmHg está bien para su edad". • Subestimación del riesgo global. • Temor a efectos adversos. • Falta de tiempo en la consulta. • Falta de familiaridad con las guías.	• Educación médica continua y actualización en guías. • Uso de calculadoras de riesgo cardiovascular (ej. Score2). • Protocolos institucionales claros para la titulación de fármacos. • Monitorizar y auditar las metas de control en la población asignada.
Relacionadas con el Sistema	• Falta de acceso a medicamentos o a combinaciones de dosis fijas. • Limitaciones de tiempo en consulta por alta demanda. • Fragmentación de la atención (el cardiólogo ajusta, pero el MF no).	• Garantizar la disponibilidad de fármacos esenciales de 1ª y 2ª línea. • Empoderar a la Atención Primaria para el ajuste terapéutico según protocolos. • Implementar modelos de atención colaborativa (enfermera especializada en HTA que realice seguimiento telefónico).
Relacionadas con el Paciente	• Baja adherencia al tratamiento. • Temor a los efectos secundarios. • Limitaciones socioeconómicas (dieta, transporte para seguimiento). • Comorbilidades y polifarmacia.	• Educación terapéutica clara y continua. • Simplificar los regímenes (combinaciones de dosis fijas cuando estén disponibles). • Involucrar a la familia en el plan de cuidado. • Abordar las barreras prácticas de manera creativa.

Modelos de Gestión y Ejemplos de Abordaje Integrado

La gestión efectiva de las enfermedades vasculares requiere un modelo de atención integrado y multidisciplinario.

Tabla 15. Componentes Clave de un Modelo de Atención Integral para ECV

Componente del Modelo	Descripción	Aplicación Práctica en el Contexto Cubano
Prevención Primaria Poblacional	Políticas públicas para reducir los factores de riesgo a nivel comunitario.	• Programa Nacional de Reducción de Sal/Sodio en el pan y otros alimentos. • Promoción de huertos urbanos para aumentar acceso a vegetales. • Campañas en medios sobre los riesgos del tabaquismo y la obesidad.
Detección y Manejo en APS	Identificación precoz y manejo inicial de factores de riesgo y enfermedad establecida.	• Control sistemático de TA y glicemia en todas las consultas del MF. • Historias de riesgo familiar y cálculo de riesgo cardiovascular. • Protocolos de titulación de antihipertensivos y estatinas desde la consulta del MF.
Atención Especializada	Manejo de casos complejos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.	• Circuitos rápidos para SCA y ACV ("código infarto", "código stroke"). • Consultas de riesgo vascular multidisciplinarias (cardiólogo, endocrino, nefrólogo). • Registros clínicos para auditoría y mejora de la calidad.
Rehabilitación y Prevención Secundaria	Programas estructurados para recuperación funcional y prevención de recurrencias.	• Programas de rehabilitación cardiaca con ejercicio supervisado, educación y apoyo psicológico. • Grupos de apoyo para dejar de fumar y manejo de la diabetes.
Sistemas de Información	Registros electrónicos, sistemas de alerta, feedback de	• Incorporar alertas en la historia clínica para metas no cumplidas.

	performance.	• Generar reportes mensuales por consultorios sobre % de pacientes con HTA controlada.
--	--------------	---

Casos Clínicos Ejemplificadores (Basados en Evidencia)

Caso 1: La Brecha entre el Diagnóstico y el Control

- **Presentación:** Paciente masculino, 58 años, visto en consulta de MF. HTA diagnosticada hace 5 años. Tratamiento con Enalapril 20 mg/día. TA en consulta: 154/92 mmHg. LDL-c: 110 mg/dL. Fumador social.
- **Análisis de Inercia:** No se ha intensificado el tratamiento antihipertensivo ni se ha añadido terapia hipolipemiente a pesar de no alcanzar metas.
- **Acción Basada en Evidencia:** (1) Añadir Amlodipino 5 mg/día al Enalapril. (2) Iniciar Atorvastatina 20 mg/día. (3) Reforzar consejería antitabáquica. (4) Citar en 4 semanas para reevaluar.

Caso 2: Manejo del Riesgo Muy Alto

- **Presentación:** Paciente femenina, 65 años, con historia de IAM hace 2 años, diabetes tipo 2 e insuficiencia renal crónica leve. Tratamiento con AAS, Clopidogrel, Metformina, Glibenclamida y Lisinopril. TA: 138/88 mmHg, LDL-c: 85 mg/dL, HbA1c: 8.5%.
- **Análisis:** Aunque el LDL-c está "aceptable", para una paciente de **riesgo muy alto**, la meta es <55 mg/dL. La HbA1c está fuera de rango.
- **Acción Basada en Evidencia (Ideal vs. Real):** **Ideal:** Añadir Ezetimiba para reducir LDL-c a meta. Cambiar Glibenclamida por un iSGLT2 (p. ej., Dapagliflozina) para mejorar control glucémico y obtener beneficio cardio-renal. **Real (Contexto Cubano):** Añadir Ezetimiba si está disponible. Optimizar dosis de Metformina al máximo tolerado. Reforzar intensivamente medidas dietéticas. La falta de acceso a iSGLT2 representa una brecha de tratamiento.

Recomendaciones Estratégicas Finales para el Sistema de Salud de Cuba

1. **Priorizar el Control de la HTA:** Es la intervención de mayor impacto. Implementar programas de medición garantizada y protocolos de titulación de fármacos en APS.
2. **Garantizar el Acceso a Medicamentos Esenciales Modernos:** Priorizar la adquisición de estatinas de alta potencia, antihipertensivos combinados y antiagregantes modernos (Ticagrelor) para subpoblaciones de alto riesgo.

- 3. **Combatir la Inercia Terapéutica:** A través de la educación, la auditoría clínica y el empoderamiento del médico de familia.
- 4. **Fortalecer los Sistemas de Información:** Para monitorizar las metas de control a nivel poblacional y de consultorio.
- 5. **Invertir en Prevención Primaria Poblacional:** Políticas intersectoriales audaces en alimentación saludable y actividad física.

Es fundamental contextualizar la magnitud del problema dentro del panorama global de mortalidad. La siguiente tabla, basada en los últimos datos consolidados de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta las principales causas de muerte a nivel mundial y destaca el lugar preponderante que ocupan las enfermedades de los vasos sanguíneos.

Tabla 16. Principales Causas de Muerte a Nivel Global (Datos OMS- Pre-pandemia como línea base consolidada)

Ranking	Causa de Muerte	Número Estimado de Muertes (Anual)	Porcentaje del Total de Muertes	Observaciones Clave
1	Enfermedades cardiovasculares (ECV)	17,9 millones	32%	Este es el tema que aborda el informe. Incluye cardiopatía isquémica (IAM) y enfermedad cerebrovascular (ACV).
2	Cánceres	9,3 millones	18%	Incluye todos los tipos de cáncer, siendo el de pulmón, colon e hígado los más frecuentes.
3	Enfermedades respiratorias	4,1 millones	8%	Incluye EPOC, cáncer de pulmón, infecciones respiratorias bajas.
4	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	2,6 millones	5%	Incluye neumonía, influenza y bronquitis aguda.
5	Enfermedades neonatales	2,0 millones	4%	Complicaciones en el parto, sepsis neonatal, asfixia.
6	Enfermedades diarreicas	1,5 millones	3%	Principalmente en países de bajos ingresos.
7	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	1,6 millones	3%	Su prevalencia y ranking van en aumento debido al envejecimiento poblacional.
8	Diabetes mellitus	1,5 millones	3%	La diabetes es un factor de riesgo clave para las ECV

				(causa #1).
9	Enfermedades renales	1,3 millones	2%	Incluye nefropatías por HTA y diabetes.
10	Accidentes de tráfico	1,3 millones	2%	Principal causa de muerte en jóvenes de 5-29 años.
...	COVID-19	(Variante: ~3.5 millones en 2021)	(~6% en 2021)	Se convirtió en una de las principales causas de muerte durante la pandemia, alterando temporalmente este ranking.

Análisis e Implicancias de la Tabla

1. **Dominancia Absoluta:** Las **Enfermedades Cardiovasculares (ECV)** no solo son la primera causa de muerte, sino que son responsables de **1 de cada 3 fallecimientos** a nivel global. Esto significa que superan en número de muertes a la suma de la 2ª y 3ª causa (cánceres + enfermedades respiratorias).
2. **Un Grupo, Múltiples Manifestaciones:** Es crucial entender que el término "ECV" agrupa patologías que son el núcleo de este informe:
 - **Cardiopatía isquémica** (infarto): ~9 millones de muertes.
 - **Enfermedad cerebrovascular** (ACV): ~6 millones de muertes.
 - Otras (insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica, etc.): ~3 millones.
3. **La Paradoja del Desarrollo:** A diferencia de las causas infecciosas (diarreicas, neonatales), que afectan más a países de bajos ingresos, las ECV son una carga abrumadora tanto para países de ingresos medios como altos, siendo responsables de más del **75%** de las muertes por ECV en estos contextos.
4. **Interconexión con Otras Causas:** La **Diabetes Mellitus** (causa #8) y la **Hipertensión Arterial** (factor de riesgo subyacente no listado como causa directa) son drivers fundamentales de la causa #1. Esto refuerza la necesidad de un abordaje integral de los factores de riesgo.
5. **Contexto Pandémico:** Si bien el COVID-19 irrumpió como una causa líder de muerte en 2020-2021, las ECV se mantuvieron como una de las principales causas subyacentes de mortalidad durante ese período y, con el control de la pandemia, retoman su lugar preponderante como el desafío sanitario número uno a largo plazo.

Esta tabla evidencia de manera irrefutable que las **enfermedades de los vasos sanguíneos, lejos de ser un problema más, son el problema de salud pública más importante del siglo XXI**. Cualquier esfuerzo en prevención, diagnóstico, tratamiento e investigación en este campo tiene el potencial de impactar en la causa de muerte que más vidas cobra anualmente en el mundo y

en Cuba. Esto justifica plenamente la priorización de recursos y la intensificación de las estrategias para su control.

Fuentes de Evidencia Actualizadas (2022-2024)

- Guía ESC 2023 sobre el Manejo de la Enfermedad Cardiovascular.
- Guía AHA/ACC/ACCP/HRS 2023 para el Manejo de la Fibrilación Auricular.
- Guía de la ADA 2024 (Estándares de Atención Médica en Diabetes).
- Estudios de implementación sobre inercia terapéutica en JAMA, Lancet y Circulation.
- Datos del Anuario Estadístico de Salud de Cuba ([última edición disponible](#)).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Health Estimates.
- Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (IHME). Global Burden of Disease (GBD) Study.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informes sobre Perfiles de Enfermedades No Transmisibles.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Anuarios Estadísticos de Salud (última edición disponible).
- American Heart Association (AHA). Heart Disease and Stroke Statistics.
- Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
- Elgeadi C. Clínica para prevención de enfermedades cardíacas en Madrid [Internet]. Clínica Elgeadi. 2025 [citado 19 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://clinicaelgeadi.com/prevencion-enfermedades-cardiovasculares-importancia-consejos-cuidado-corazon/>

Dirección: 23 esq. N. Vedado, La Habana. Cuba | **Teléfono:** (53) 78350022 | **Directora:** Lic. [Yanet Lujardo Escobar](#) | **Edición y Compilación:** Dra.C. María del Carmen González Rivero | **Diseño/Composición:** Dra.C. María del Carmen González Rivero | **Email:** maria.carmen@infomed.sld.cu

© 2014-2025



**Factográfico de
SALUD**

Boletín factográfico de la
Biblioteca Médica Nacional



bmn
BIBLIOTECA MÉDICA
NACIONAL