












## Artículo original

# Perfil sociodemográfico y clínico de la comunidad migrante china en el Caribe colombiano: evaluación de factores de riesgo para enfermedades renales y cardiovasculares

Joanny Judith Sarmiento-Gutiérrez <sup>1</sup>, Andrés Ángel Cadena-Bonfanti <sup>1,2</sup>,  
Valentina Pérez-Jiménez  <sup>1,2</sup>, Judith Cristina Martínez-Royert <sup>1</sup>, Viviana  
Pahola Franco-Mejía <sup>1</sup>, Luz Ángela Cortés-Restrepo <sup>1,2</sup>, Kuang Lin Tan  
Kuang <sup>1,2</sup> y Jordis Andrés Hernández Martínez <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia

<sup>2</sup>Clínica de la Costa, Barranquilla, Colombia

**Cómo citar:** Sarmiento-Gutiérrez JJ, Cadena-Bonfanti AA, Pérez-Jiménez V, Martínez-Royert JC, Franco-Mejía VP, Cortés-Restrepo LA, *et al.* Perfil sociodemográfico y clínico de la comunidad migrante china en el Caribe colombiano: evaluación de factores de riesgo para enfermedades renales y cardiovasculares. Rev. Colomb. Nefrol. 2026; 13(1), e1009. <https://doi.org/10.22265/acnef.13.1.1009>

### Recepción:

25/Abr/2025

### Aceptación:

21/Jun/2025

### Publicación:


24/Mar/2026

## Resumen

**Contexto:** las comunidades de origen chino, tanto dentro de China como en todo el mundo, representan una parte significativa de la población global y desempeñan un papel destacado en distintos escenarios, desde la economía hasta la cultura.

**Objetivo:** analizar el perfil sociodemográfico y clínico de una comunidad china residente en el Caribe colombiano, específicamente en Barranquilla, Atlántico.

**Palabras clave:** perfil sociodemográfico, enfermedades crónicas, China, cultura, hábito de vida.

 **Correspondencia:** Valentina Pérez Jiménez, Carrera 59 No. 59-65, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.  
Correo-e: Dra.valentina.perez.jimenez@gmail.com



**Metodología:** estudio descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 70 individuos pertenecientes a la comunidad china.

**Resultados:** el 54,3 % de la población presentó un nivel de escolaridad secundaria y solo el 1,4 % contaba con estudios universitarios. En cuanto al nivel de asociación entre HDL bajo y género, teniendo en cuenta los niveles de HDL bajo reportados en el tamizaje, se encontró que 27/33 hombres y 30/37 mujeres presentaron niveles considerados factor protector frente a enfermedad cardiovascular. Se obtuvo un valor  $p = 0,544$  y  $V$  de Cramer = 0,0725, lo que significa que no existe asociación entre las variables analizadas.

**Discusión:** las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen una carga considerable para la salud pública global, con una elevada tasa de mortalidad que impacta a millones de personas anualmente. Asimismo, se ha reportado que las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal proporción de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles, seguidas por el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. De igual forma, se destaca que la enfermedad renal crónica, entre otras, presentó la tasa de crecimiento anual más alta entre 2010 y 2019, seguida por la diabetes y el cáncer. La mayoría de estas muertes, aproximadamente el 58,1 %, estuvieron asociadas a trastornos del sistema circulatorio, seguidas de tumores malignos que representaron el 24,4 % del total de defunciones.

**Conclusiones:** el promedio de edad de la población fue de 51 años, con predominio del sexo masculino. No se encontró una asociación significativa entre los niveles bajos de HDL y el género, ni entre los triglicéridos y el género. Se observó una ligera asociación entre antecedentes familiares y la hipertensión arterial (HTA), pero no con la diabetes mellitus (DM). No se identificó una relación entre la actividad física y los niveles bajos de HDL o triglicéridos. Sin embargo, se encontró una asociación débil en la adopción de una dieta saludable, como factor protector, contra la enfermedad cardiovascular.

---

## Sociodemographic and clinical profile of the Chinese migrant community in the Colombian Caribbean: Evaluation of risk factors for renal and cardiovascular diseases

---

### Abstract

**Introduction:** Chinese communities, both within China and worldwide, represent a significant part of the global population and play a prominent role in different scenarios, ranging from the economy to culture.

**Objective:** To analyze the sociodemographic and clinical profile of a Chinese community residing in the Colombian Caribbean, specifically in Barranquilla, Atlántico.

**Methodology:** A descriptive, cross-sectional study was conducted; the sample consisted of 70 individuals belonging to the Chinese community.

**Results:** A total of 54.3 % of the population had completed secondary education, and only 1.4 % had university-level studies. Regarding the level of association between low HDL and gender, taking into account the low HDL levels reported in the screening, it was found that 27/33 men and 30/37 women presented levels considered protective against cardiovascular disease. A p-value of  $p = 0.544$  and Cramer's  $V = 0.0725$  were obtained, indicating that there is no association between the variables analyzed.

**Discussion:** Chronic non-communicable diseases constitute a considerable burden on global public health, with a high mortality rate that impacts millions of people annually. Likewise, it has been reported that cardiovascular diseases account for the largest proportion of deaths due to chronic non-



communicable diseases, followed by cancer, chronic respiratory diseases, and diabetes. Similarly, it was highlighted that chronic kidney disease presented the highest annual growth rate between 2010 and 2019, followed by diabetes and cancer. Most of these deaths, approximately 58.1 %, were associated with circulatory system disorders, followed by malignant tumors, which accounted for 24.4 % of the total deaths.

**Conclusions:** The mean age of the population was 51 years, with a predominance of males. No significant association was found between low HDL levels and gender, nor between triglycerides and gender. A slight association was observed between family history and arterial hypertension (AHT), but not with diabetes mellitus (DM). No relationship was identified between physical activity and low HDL or triglyceride levels. However, a small association was found between the presence of a protective factor against cardiovascular disease and a healthy diet.

**Keywords:** Sociodemographic profile, Chronic diseases, China, Culture, Lifestyle.

---

## Introducción

Las comunidades de origen chino, tanto en China como en todo el mundo, representan una parte significativa de la población global y desempeñan un papel destacado en diversos ámbitos, desde la economía hasta la cultura. Con una rica historia milenaria, la diáspora china se ha extendido por todo el planeta, estableciendo sólidos lazos comerciales, culturales y sociales en cada rincón donde se asienta [1]. Estas comunidades son reconocidas por su fuerte sentido de identidad cultural, arraigado en tradiciones ancestrales, el idioma, la gastronomía y diversas costumbres. Además, han contribuido en gran medida al enriquecimiento de la diversidad cultural de los países donde residen, aportando su arte, música, filosofía y sabiduría ancestral [2].

Asimismo, las comunidades chinas han sido protagonistas de importantes movimientos migratorios a lo largo de la historia, desempeñando un papel crucial en la construcción de puentes entre Oriente y Occidente, y fomentando el intercambio intercultural y la colaboración global en diversos ámbitos [3]. La creciente globalización y las dinámicas migratorias han llevado a una diversificación significativa de las poblaciones étnicas y culturales a nivel mundial. Este fenómeno ha generado un interés creciente en comprender cómo determinados factores sociodemográficos influyen en la salud y, en particular, en el riesgo cardiovascular en diferentes grupos étnicos [4].

Durante las últimas décadas, se ha observado un notable aumento en la dispersión de la población china a través de procesos migratorios, estableciendo comunidades en diversas naciones a nivel global. Una de estas áreas de asentamiento es el Caribe colombiano, donde la presencia de la comunidad china se ha vuelto notable [5]. A pesar de este incremento



poblacional, persiste una evidente falta de investigación centrada en el análisis del perfil sociodemográfico y del riesgo renal y cardiovascular específicamente en esta población.

En este sentido, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se definen como afecciones de larga duración y progresión lenta. Estas patologías no se transmiten de una persona a otra y, a menudo, son el resultado de la interacción de factores genéticos, ambientales y relacionados con el estilo de vida. Entre los ejemplos más comunes de ECNT se encuentran las enfermedades cardiovasculares (ECV), como la enfermedad coronaria (EC), la hipertensión arterial (HTA), el accidente cerebrovascular (ACV) y la enfermedad vascular periférica (EVP); las enfermedades metabólicas (EM), como la diabetes mellitus (DM), la obesidad y el síndrome metabólico (SM); las enfermedades renales crónicas (ERC), incluida la insuficiencia renal (IR); y las enfermedades hepáticas crónicas, como la cirrosis hepática y la enfermedad del hígado graso no alcohólico.

Estas patologías representan una carga significativa para la salud pública en todo el mundo y, a menudo, requieren intervenciones efectivas y cambios de comportamiento hacia conductas saludables para su prevención y adecuado control [5,6].

En este orden de ideas, para abordar el vacío de conocimiento identificado, es fundamental investigar y comprender los factores sociodemográficos que pueden influir en la salud renal y cardiovascular de la población china residente en el Caribe colombiano, específicamente en Barranquilla, Atlántico. Particularmente, en el barrio Montes, inicialmente conocido coloquialmente como el “Barrio Chino”; no obstante, su denominación fue modificada posteriormente por el apellido de uno de sus propietarios. Se estima que actualmente residen aproximadamente 300 migrantes provenientes de China en este sector, según el Registro Administrativo de Migración (RAM) del Departamento Administrativo de Estadística (DANE) de Colombia. Para 2022, la población estudiada residente en Colombia se estimaba en aproximadamente 15 416 personas [7].

En cuanto a Barranquilla, no se dispone de cifras oficiales exactas; no obstante, se estima que la población china en la ciudad oscila entre 5000 y 6000 personas, lo que representa aproximadamente el 30 % de la población china total en Colombia. Es importante tener en cuenta que estas cifras pueden variar y no reflejar la población actual, dado que la información disponible es limitada y no se han realizado censos específicos sobre la población china en Colombia ni en Barranquilla, según datos del DANE [8].

Las variables como la edad, el género, el nivel educativo, el estado socioeconómico, la ingesta de frutas y vegetales, la actividad física y otros factores culturales pueden desempeñar un papel fundamental en la determinación del riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles en esta población. Estudios previos han señalado que los migrantes chinos presentan una alta prevalencia de DM, HTA, colesterol sérico elevado, patrones dietéticos menos saludables y una mayor prevalencia de obesidad y tabaquismo en comparación con los chinos residentes en China continental [6]. Lo anterior resulta relevante si se tiene en cuenta que las ECV se han convertido en la principal causa de muerte en China [7]. Asimismo, investigaciones señalan que existe una combinación de factores de riesgo para ECV en este país, con un 80,5 % de adultos que presentan al menos un factor de riesgo modificable, como dislipidemia, HTA, DM, tabaquismo o sobrepeso [8].

La escala de Framingham es un modelo de predicción del riesgo cardiovascular desarrollado a partir del Estudio del Corazón de Framingham, el cual ha sido ampliamente validado en distintas poblaciones. Este modelo estima la probabilidad de sufrir un evento coronario a 10 años en función de factores como la edad, el género, la presión arterial, los niveles de colesterol total y sus fracciones (LDL y HDL), el hábito de fumar y la presencia de diabetes. Su aplicación permite clasificar a los individuos en diferentes categorías de riesgo, facilitando la implementación de estrategias preventivas personalizadas. Dado su uso extendido en la práctica clínica, la escala de Framingham se ha convertido en una herramienta clave para la evaluación del riesgo cardiovascular y la toma de decisiones en salud pública [6,8].

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal con la comunidad inmigrante china residente en el anteriormente denominado “Barrio Chino”, actualmente conocido como barrio Montes, en la ciudad de Barranquilla, Colombia. Dado que la muestra fue de tipo no probabilístico y de tamaño limitado ( $n = 70$ ), el presente estudio se clasifica como exploratorio descriptivo, sin pretensiones de inferencia o generalización a toda la población china residente en Barranquilla.

El equipo extramural de la Clínica de la Costa se desplazó al barrio mencionado, donde se realizó una jornada de promoción y prevención en salud, con el objetivo de analizar y caracterizar el perfil sociodemográfico con base en variables como edad, género, ocupación, escolaridad y acceso a la seguridad social, así como de identificar la presencia de ECNT. Asimismo, se determinaron factores de riesgo en salud, considerando el riesgo cardiovascular mediante la aplicación de la escala de Framingham y la identificación de factores protectores,

tales como la ingesta de frutas y verduras, la actividad física (de mínimo 30 minutos diarios) y la ingesta de líquidos durante la jornada laboral. Adicionalmente, se calculó el índice de masa corporal (IMC) a partir de la talla y el peso, se midió la presión arterial y se indagó sobre los antecedentes familiares y personales patológicos.

Dentro de los criterios de inclusión, se tomaron en cuenta individuos que quisieran participar de forma voluntaria y aportaran laboratorios recientes de colesterol LDL, HDL, total y triglicéridos. Del mismo modo, se excluyó a las personas con antecedentes patológicos de eventos cardiovasculares.

La información se obtuvo de las bases de datos de la IPS, con la autorización institucional correspondiente, y posteriormente, los datos de las variables de estudio se organizaron utilizando Microsoft Excel, donde se creó un libro de variables para su respectiva codificación. Se utilizó estadística descriptiva; las variables continuas se expresaron con medidas de tendencia central como promedio y desviación estándar con frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa Jamovi versión 2.3.19.0. Asimismo, se emplearon las pruebas de correlación de Pearson, Chi-cuadrado y V de Cramer para establecer la asociación y evaluar el tamaño del efecto entre las variables de interés.

El estudio se condujo bajo el estricto cumplimiento de los aspectos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y en la Resolución 8430 de 1993, considerándose como una investigación de riesgo mínimo para la vida y la integridad de los participantes [10]. Se garantizaron especialmente los principios de respeto, confidencialidad y bienestar de los participantes que confirmaron su participación en el estudio mediante consentimiento informado. La privacidad fue protegida mediante la asignación de códigos de identificación planteados en el instrumento utilizado. La aprobación para el desarrollo del estudio fue concedida por la Clínica de la Costa y la Universidad Simón Bolívar.

## Resultados

### Caracterización sociodemográfica

El 5 % de la población tenía menos de 19 años, mientras que el 95 % era menor de 74 años (tabla 1). La mayor parte de la población china estudiada correspondía al sexo masculino (52,9 %). En relación a la escolaridad, el 54,3 % contaba con educación secundaria y solo el 1,4 % tenía estudios universitarios. En cuanto a la ocupación, la categoría con mayor representatividad fue comerciante (41,4 %), seguida de ama de casa (38,6 %) (tabla 2).

**Table 1.** Percentiles de edad

|                                   |      | Percentiles |    |       |      |       |    |       |
|-----------------------------------|------|-------------|----|-------|------|-------|----|-------|
|                                   |      | 5           | 10 | 25    | 50   | 75    | 90 | 95    |
| Promedio ponderado (Definición 1) | EDAD | 19,55       | 35 | 41,75 | 51,5 | 62,25 | 70 | 74,45 |

**Fuente:** elaboración propia.

**Table 2.** Escolaridad y ocupación de la comunidad china en estudio

| ESCOLARIDAD    |            |            |
|----------------|------------|------------|
|                | Frecuencia | Porcentaje |
| Primaria       | 12         | 17,1 %     |
| Secundaria     | 38         | 54,3 %     |
| Bachiller      | 16         | 22,9 %     |
| Técnico        | 3          | 4,3 %      |
| Universidad    | 1          | 1,4 %      |
| <b>Total</b>   | 70         | 100 %      |
| OCUPACIÓN      |            |            |
|                | Frecuencia | Porcentaje |
| Administradora | 1          | 1,4 %      |
| Ama de casa    | 27         | 38,6 %     |
| Cocinero       | 3          | 4,3 %      |
| Comerciante    | 29         | 41,4 %     |
| Independiente  | 5          | 7,1 %      |
| Estudiante     | 5          | 7,1 %      |
| <b>Total</b>   | 70         | 100 %      |

**Fuente:** elaboración propia.

El 50 % de la población se encontraba vinculada y tenía acceso al Sistema General de Seguridad en Salud; de ellos, el 48,6 % estaba afiliado al régimen contributivo (tabla 3).

## Caracterización clínica

En este apartado se presentan los hallazgos relacionados con la presencia de ECNT prevalentes en la población, el IMC, así como el análisis del riesgo cardiovascular. Este último

se evaluó teniendo como referencia los resultados de laboratorio correspondientes a HDL y triglicéridos, con el fin de establecer el perfil clínico de los sujetos en estudio.

**Table 3.** Seguridad social

| SEGURIDAD SOCIAL (Régimen ) |            |              |
|-----------------------------|------------|--------------|
|                             | Frecuencia | Porcentaje   |
| No tiene seguridad social   | 35         | 50 %         |
| Subsidiado                  | 1          | 1,4 %        |
| Contributivo                | 34         | 48,6 %       |
| <b>Total</b>                | <b>70</b>  | <b>100 %</b> |

**Fuente:** elaboración propia.

### ***Enfermedades crónicas no transmisibles (HTA y DM) y factores de riesgo y/o protectores (niveles de HDL y triglicéridos)***

El 10 % de la población presentó hipertensión arterial y el 8,6 % diabetes mellitus. En cuanto a los resultados de laboratorio, el 18,6 % registró niveles de HDL menores de 40 mg/dL, considerados factor de riesgo para enfermedad cardiovascular. Asimismo, el 64,3 % presentó niveles de triglicéridos mayores de 150 mg/dL, lo cual puede indicar un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular (tabla 4).

**Table 4.** Presencia de ECNT

|              | HTA       |              | DM        |              | HDL       |              | Triglicéridos |              |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|---------------|--------------|
|              | fr        | %            | fr        | %            | fr        | %            | fr            | %            |
| NO           | 63        | 90 %         | 64        | 91,4 %       | 57        | 81,4 %       | 25            | 35,7 %       |
| SI           | 7         | 10 %         | 6         | 8,6 %        | 13        | 18,6 %       | 45            | 64,3 %       |
| <b>Total</b> | <b>70</b> | <b>100 %</b> | <b>70</b> | <b>100 %</b> | <b>70</b> | <b>100 %</b> | <b>70</b>     | <b>100 %</b> |

**Fuente:** elaboración propia.

En relación con la presencia de obesidad, se analizó el IMC según el sexo de la población objeto de estudio (tabla 5). El 37,2 % de la población presentó algún grado de obesidad (clase I, II o III), mientras que el 7,1 % presentó bajo peso y el 56 % se clasificó dentro del rango de peso normal.

Para realizar el análisis estadístico de los factores de riesgo cardiovascular evaluados en la muestra, se utilizó la escala de Framingham. Se presentan las medidas de tendencia central



(media y mediana), de dispersión (desviación estándar e intervalo intercuartílico, IQR) y los valores mínimo y máximo para cada variable.

**Table 5.** Presencia de obesidad (IMC según sexo)

|              |        | Bajo peso |      | Peso normal |     | Sobre peso |     | Obesidad Clase I |      | Obesidad Clase II |      | Obesidad Clase III |      | Total (f) | Total (%) |
|--------------|--------|-----------|------|-------------|-----|------------|-----|------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|-----------|-----------|
|              |        | f         | %    | f           | %   | f          | %   | f                | %    | f                 | %    | f                  | %    |           |           |
| SEXO         | Hombre | 2         | 2,9% | 22          | 31% | 11         | 16% | 1                | 1,4% | 0                 | 0%   | 1                  | 1,4% | 37        | 52,9%     |
|              | Mujer  | 3         | 4,3% | 17          | 24% | 9          | 13% | 3                | 4,3% | 1                 | 1,4% | 0                  | 0,0% | 33        | 47,1%     |
| <b>Total</b> |        | 5         | 7,1% | 39          | 56% | 20         | 29% | 4                | 5,7% | 1                 | 1,4% | 1                  | 1,4% | 70        | 100,0%    |

**Fuente:** elaboración propia.

Los participantes presentaron una edad promedio de  $50,2 \pm 13,5$  años, con una mediana de 47 años (IQR = 46 - 51). La presión arterial mostró un promedio de  $127,2 \pm 24,5$  mmHg, con valores que oscilaron entre 90/60 y 170/100 mmHg. En cuanto al perfil lipídico, el colesterol LDL presentó una media de  $153,1 \pm 28,0$  mg/dL, mientras que el colesterol HDL tuvo un promedio de  $59,0 \pm 11,9$  mg/dL. Los triglicéridos evidenciaron una alta variabilidad, con una media de  $179,2 \pm 75,0$  mg/dL y una mediana de 121 mg/dL (IQR = 79 - 221).

Respecto al riesgo cardiovascular a 10 años, estimado mediante la escala de Framingham, la media fue de  $8,6 \pm 3,9$  %, con valores que oscilaron entre 5 % y 14 %. En comparación, el riesgo ideal se situó en  $4,6 \pm 2,0$  %, mientras que el riesgo promedio fue de  $5,6 \pm 3,7$  % (tabla 6).

**Table 6.** Factores de riesgo cardiovascular

| Variable                | Media $\pm$ Desviación estándar | Mínimo | Máximo  | Mediana (IQR)     |
|-------------------------|---------------------------------|--------|---------|-------------------|
| Edad (años)             | $50,2 \pm 13,5$                 | 35     | 72      | 47 (46 - 51)      |
| Presión arterial (mmHg) | $127,2 \pm 24,5$                | 90/60  | 170/100 | 120/80            |
| Colesterol LDL (mg/dL)  | $153,1 \pm 28,0$                | 111,0  | 175,8   | 137,8 (111 - 171) |
| Colesterol HDL (mg/dL)  | $59,0 \pm 11,9$                 | 47,0   | 75,0    | 53 (47 - 68)      |
| Triglicéridos (mg/dL)   | $179,2 \pm 75,0$                | 79,0   | 254,0   | 121 (79 - 221)    |
| Riesgo Framingham (%)   | $8,6 \pm 3,9$                   | 5      | 14      | 8 (5 - 11)        |
| Riesgo ideal (%)        | $4,6 \pm 2,0$                   | 3      | 8       | 4 (3 - 5)         |
| Riesgo promedio (%)     | $5,6 \pm 3,7$                   | 2      | 11      | 4 (3 - 8)         |

**Fuente:** elaboración propia.

Estos resultados evidencian la presencia de factores de riesgo cardiovascular en la población estudiada y resaltan la importancia de la vigilancia médica y la intervención preventiva en aquellos individuos con valores elevados.

### ***Ingesta de verduras, frutas y hortalizas, hidratación y actividad física en la comunidad china***

El 79 % de la población objeto de estudio no incluía en su dieta la ingesta de alimentos considerados saludables; de estos, el 43 % correspondía a hombres y el 36 % a mujeres. Del total de la población, el 80 % no realizaba actividad física diaria (mínimo 30 minutos), y el 87,1 % no incorporaba frutas, vegetales y hortalizas en su alimentación diaria.

En cuanto a la frecuencia de ingesta de líquidos para mantenerse hidratado, se encontró que el 57,1 % consumía líquidos únicamente cuando sentía sed; el 15,1 % los ingería de manera constante y el 2,8 % lo hacía solo cuando tenía disponibilidad.

### **Factores de riesgo y/o protectores para enfermedad cardiovascular (ECV)**

Para valorar el riesgo de presentar enfermedad cardiovascular o factor protector, se tuvo como parámetro de referencia los resultados del tamizaje de laboratorio HDL y triglicérido.

#### **Nivel de asociación entre HDL y género**

Teniendo en cuenta los niveles de HDL reportados en el tamizaje, se encontró que 27/33 hombres y 30/37 mujeres contaban con factor protector frente a enfermedad cardiovascular. Al comparar la variable género con los niveles de HDL, se encontró un valor  $p = 0,937$  y una  $V$  de Cramer = 0,00946, lo que indicó que no existía asociación entre tener un nivel bajo de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y el sexo.

#### **Nivel de asociación entre triglicéridos y género**

Al comparar los triglicéridos con el género, se evidenció que 13/33 hombres y 12/37 mujeres presentaron riesgo elevado de enfermedad cardiovascular. Se obtuvo un valor  $p = 0,544$  y una  $V$  de Cramer = 0,0725, lo que indicó que no existía asociación entre las variables analizadas.

## **Nivel de asociación entre presencia de HTA y antecedentes familiares de HTA, y entre presencia de DM y antecedentes familiares de DM**

En relación con la presencia de hipertensión en personas con antecedentes familiares de esta patología, se encontró que 13 de 70 participantes presentaron hipertensión, de los cuales 2 reportaron antecedentes familiares. Además, se logró establecer que existe un pequeño efecto o nivel de asociación entre tener antecedentes familiares de la enfermedad y padecerla (valor  $p = 0,096$ ;  $V$  de Cramer =  $0,199$ ). Por su parte, 9/70 personas presentaron diabetes sin antecedentes familiares, mientras que 3/70 participantes que padecían la enfermedad tampoco reportaron antecedentes familiares. Al comparar la variable antecedentes familiares de diabetes frente a la presencia de diabetes, se evidenció que no existía asociación (valor  $p = 0,496$ ;  $V$  de Cramer =  $0,0813$ ).

## **Nivel de asociación entre actividad física y HDL, y entre actividad física y triglicéridos**

De las 57/70 personas con niveles de HDL mayores a 60 mg/dL (presencia de factor protector contra enfermedad cardiovascular), solo 12 realizaban actividad física; y de las 13/70 con factor de riesgo elevado, 11 no realizaban actividad física. No se encontró asociación entre la realización de actividad física y la presencia de HDL ( $V$  de Cramer =  $0,0551$ ).

En relación con la comparación entre la realización de actividad física (durante mínimo 30 minutos diarios) y los niveles de triglicéridos, se encontró que, de las 25/70 personas con factor de riesgo para enfermedad cardíaca según los triglicéridos, 18 no realizaban actividad física. Asimismo, de las 45/70 personas sin factor de riesgo, se observó igual comportamiento, debido a que solo 7 realizaban actividad física. Al aplicar la  $V$  de Cramer ( $0,149$ ), se evidenció un pequeño nivel de asociación entre las variables.

## **Nivel de asociación entre alimentación y HDL, y entre alimentación y triglicéridos**

De las 50/70 personas con niveles de HDL mayores a 60 mg/dL (presencia de factor protector contra enfermedad cardiovascular), se reportó tener una alimentación saludable. Asimismo, se evidenció un pequeño efecto de asociación estadística representado en  $V$  de Cramer =  $0,159$ . Por su parte, 39/70 personas con factor de riesgo para enfermedad cardiovascular según los niveles de triglicéridos manifestaron tener una alimentación saludable. En este caso, se reporta igualmente un pequeño efecto de asociación estadística representado en  $V$  de Cramer =  $0,149$ .

## Discusión

La evidencia científica acerca del perfil sociodemográfico de los migrantes chinos en América Latina, y específicamente en Colombia, es escasa. Por ello, los hallazgos del presente estudio se analizan a la luz de los resultados de investigaciones realizadas en otras latitudes o continentes, como es el caso de Europa.

En el perfil sociodemográfico de la población en estudio se encontró que los hombres predominaron con un 59 %, similar a los resultados señalados por Aparício *et al.* [11]. La media de edad fue de 51 años, con una diferencia aproximada de una década con los reportados por Xu *et al.* [12], quienes reportaron una media de 42 años. Estos resultados también difieren de los hallazgos de Badanta-Romero *et al.* [13], donde el promedio de edad fue de 30,7 años y la mayor parte de la población eran mujeres (61,7 %). El nivel educativo con mayor predominio en la población de estudio fue secundaria, similar a los hallazgos reportados por Badanta-Romero *et al.* [13], correspondiente a un 71 %.

Respecto al acceso a los servicios de salud, los hallazgos de la presente investigación, donde 50 % de la población está vinculada y tiene acceso al Sistema General de Seguridad en Salud, difieren de los señalados por Badanta-Romero *et al.* [13], donde la mayoría de los participantes contaban con cobertura sanitaria en el momento del estudio, ya fuera pública (87,2 %) y/o privada (31,7 %), y solo el 2,3 % no tenía seguro médico. De igual manera, difieren de lo reportado por Aparício *et al.* [11], donde el 93,8 % tenía vinculación al Sistema Nacional de Salud portugués.

Según los resultados señalados por Incaugarat [14], los migrantes tienden a utilizar poco el sistema de salud local, tanto público como privado, excepto en situaciones de emergencia, prefiriendo atenderse dentro de su propia comunidad migrante. Cabe aclarar que la autora no brinda datos concretos respecto al porcentaje o cifras relacionadas con la utilización del servicio de salud.

Con relación con la prevalencia de ECNT en la comunidad estudiada, los resultados obtenidos ofrecen una perspectiva interesante para la salud pública, especialmente si se tiene en cuenta la alta tasa de mortalidad que afecta a millones de personas cada año. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) [15], estas enfermedades constituyen el 74 % de todas las muertes a nivel global, equivalente a 41 millones de personas cada año, con un impacto desproporcionado en los países de ingreso medio-bajo. Las principales ECNT, como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, representan más del 80 % de todas las muertes prematuras por estas causas, lo que destaca la necesidad urgente de abordar los factores de

riesgo asociados a estas enfermedades. Los datos proporcionados por la OMS demuestran que las ECNT son responsables de 41 millones de muertes cada año, con el 77 % de estas muertes concentradas en países de ingreso medio-bajo [9].

En referencia específica a las ECNT en la población migrante, Yáñez *et al.* [16] reportaron que se observa un aumento en los riesgos cardiovasculares, atribuido a un control metabólico menos efectivo en comparación con la población local, así como la adquisición de factores de riesgo en el país receptor. También se destaca el impacto de la migración en los factores de riesgo cardiovascular entre comunidades chinas e indias residentes en Chile, donde se identificaron otros factores de riesgo cardiovascular, como el sedentarismo y los hábitos alimentarios poco saludables, considerados de alto riesgo para el desarrollo de enfermedades cardíacas, con una mayor prevalencia de alteraciones metabólicas [16].

En la actual investigación se identificaron patrones de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes, los niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y altos niveles de triglicéridos. Estos resultados son similares a los reportados por Jiang *et al.* [17] y Hong *et al.* [18], donde la prevalencia de HTA y dislipidemias fue significativamente alta. Dichos hallazgos se relacionan con las tendencias observadas en Asia oriental, donde se ha registrado un aumento significativo en las enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Estos resultados sugieren la necesidad de implementar medidas efectivas que contribuyan a disminuir la presencia de estas enfermedades y a la reducción del riesgo cardiovascular. La prevalencia de HTA y diabetes entre la comunidad china residente en el Caribe colombiano refleja los incrementos observados en los casos de cardiopatía isquémica (aumento del 76 % en Asia oriental) y de diabetes (aumento del 76 % en Asia oriental). Del mismo modo, los problemas de HDL bajo y niveles elevados de triglicéridos en esta población podrían asociarse con las crecientes tasas de enfermedades cardiovasculares y alteraciones metabólicas en dicha región.

En conjunto, estos hallazgos resaltan la importancia de considerar factores sociodemográficos y ambientales en la comprensión y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en poblaciones específicas [19].

Las ECNT representan una carga significativa para la salud pública a nivel mundial, con una alta tasa de mortalidad que afecta a millones de personas. Estos datos respaldan la necesidad de abordar los factores de riesgo asociados a las ECNT y coinciden con la

importancia de monitorear y reducir estos riesgos, especialmente en comunidades específicas donde pueden existir particularidades en la prevalencia y los factores de riesgo predisponentes.

La obesidad estuvo presente en una parte de la población estudiada. Estos resultados guardan relación con los reportados en otras investigaciones, donde se informan prevalencias de 35,6% y 35,9% [18, 19], así como con otros estudios reportados por la comunidad científica [20–25]. Esto puede deberse a hábitos dietéticos que se convierten en factores predisponentes para el desarrollo de estas patologías [21].

En el estudio realizado por Holst *et al.* [26], se reportó que un nivel bajo de HDL-C (menos de 1,0 mmol/L en hombres y menos de 1,3 mmol/L en mujeres) se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. En el estudio, el HDL-C promedio fue de  $1,16 \pm 0,3$  mmol/L, lo que sugiere que podría estar en un rango aceptable; sin embargo, es importante considerar otros factores de riesgo.

Asimismo, los niveles de triglicéridos también son un indicador importante, por ejemplo, un nivel de triglicéridos de 1,7 mmol/L o más se considera elevado y está asociado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. En el estudio, los triglicéridos promedio fueron de  $1,44 \pm 0,8$  mmol/L, lo que está dentro del rango deseable. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que un porcentaje significativo de la población podría tener niveles más altos. En síntesis, aunque los niveles de HDL y triglicéridos en la población estudiada no indican un riesgo inmediato elevado, es crucial considerar el contexto general de otros factores de riesgo cardiovascular, como el colesterol total, el LDL, el estilo de vida y los hábitos alimenticios. Esta consideración es pertinente para el presente estudio.

Respecto al análisis correlacional, no se identificó una asociación significativa entre los niveles bajos de HDL y el género, ni entre los triglicéridos y el género. Se observó una ligera asociación entre antecedentes familiares y la presencia de HTA, pero no con DM. Tampoco se encontró relación entre la actividad física y los niveles bajos de HDL o los triglicéridos.

Sin embargo, se evidenció una pequeña asociación entre la presencia de un factor protector frente a enfermedades cardiovasculares y una alimentación saludable ( $V$  de Cramer = 0,159). Las personas con factores de riesgo cardiovascular basados en triglicéridos informaron, a su vez, tener una alimentación saludable. Estos resultados difieren de otros estudios que muestran una asociación significativa ( $p < 0,01$ ), así como diferencias por sexo en el autorreporte de triglicéridos, con una mayor cantidad de hombres afectados en comparación con mujeres [25–27].

Por otro lado, Holst *et al.* [26] no encontraron diferencias significativas en los niveles promedio de HDL-C entre hombres y mujeres. En relación con los triglicéridos, si bien la proporción de hombres con niveles elevados fue mayor que la de mujeres, esta diferencia tampoco alcanzó significancia estadística. Aunque se observó una tendencia hacia niveles más altos de lípidos aterogénicos (CT, LDL-C y triglicéridos) en hombres en comparación con mujeres, dichas diferencias no fueron significativas.

Con respecto a la evaluación de riesgo cardiovascular mediante la escala de Framingham, los resultados obtenidos indican que el riesgo cardiovascular a 10 años aumenta con la edad y con niveles elevados de colesterol LDL y triglicéridos. Asimismo, un mayor nivel de colesterol HDL parece estar asociado con una reducción del colesterol total y con un menor riesgo cardiovascular. Estos hallazgos subrayan la importancia del monitoreo de los perfiles lipídicos y metabólicos en la evaluación del riesgo de enfermedad cardiovascular.

En los datos proporcionados, se evidenció que el riesgo de evento coronario a 10 años es mayor en personas con hipertensión, colesterol LDL alto y antecedentes de tabaquismo. Además, la edad mostró una correlación positiva con el riesgo cardiovascular, como es característico en la ecuación de Framingham.

## Conclusión

El presente estudio cumplió con el objetivo de analizar el perfil sociodemográfico y clínico de la comunidad china residente en Barranquilla, Caribe colombiano, revelando importantes características demográficas y de salud que son vitales para el diseño de intervenciones de salud pública y estrategias de prevención.

El análisis del perfil sociodemográfico de la comunidad objeto de estudio revela que la población es mayoritariamente adulta, con una prevalencia masculina del 52.9%, lo que subraya la necesidad de diseñar políticas o intervenciones de salud adaptadas a las dinámicas de género y edad. En términos educativos y ocupacionales, predominó el nivel de educación secundaria (54.3%), y las principales ocupaciones fueron comerciante (41.4%) y ama de casa (38.6%). Estos resultados resaltan la importancia de enfocar esfuerzos en la educación continua y programas de capacitación laboral dirigidos a esta comunidad. Asimismo, el 48.6% de la población se encuentra vinculada al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad en Salud, aspecto esencial para asegurar el acceso a servicios médicos adecuados y mejorar la calidad de vida de la comunidad.

El estudio revela una prevalencia significativa de enfermedades crónicas en la comunidad china de Barranquilla, con un 10 % de hipertensión arterial y un 8.6 % de diabetes mellitus, destacando la necesidad urgente de estrategias específicas para el control y prevención de estas condiciones. Además, se observa que el 18.6 % de la población presenta niveles bajos de HDL y el 64.3 % niveles elevados de triglicéridos, lo que incrementa considerablemente el riesgo de enfermedades cardiovasculares. En cuanto al estado nutricional y los hábitos de vida, el 37.2 % de la población presentó obesidad, el 80 % no realizaba actividad física diaria y el 87.1 % no incluía frutas, verduras ni hortalizas en su dieta. Estos hallazgos subrayan la imperiosa necesidad de promover hábitos alimenticios saludables y fomentar la actividad física para mejorar la salud y reducir los riesgos asociados a estas enfermedades en este colectivo de individuos.

En este estudio, la aplicación de la escala de Framingham permitió estimar el riesgo de eventos cardiovasculares a 10 años, identificando a los individuos con mayor probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria. Los resultados mostraron una variabilidad en el riesgo cardiovascular, con valores más elevados en aquellos con hipertensión arterial, colesterol LDL alto y antecedentes de tabaquismo. Estos resultados resaltan la importancia de la detección temprana y el control de los factores de riesgo modificables para prevenir complicaciones cardiovasculares a largo plazo. Se recomienda la implementación de estrategias de intervención dirigidas a mejorar los perfiles metabólicos y la promoción de hábitos saludables en esta población.

Finalmente, se recomienda realizar investigaciones adicionales para explorar las causas subyacentes de los bajos niveles de HDL y los altos niveles de triglicéridos, así como para desarrollar y evaluar la efectividad de intervenciones específicas en la mejora de los hábitos alimenticios y la actividad física. Además, sería beneficioso investigar el impacto de factores culturales en los hábitos de salud y el acceso a servicios médicos.

## Contribución de los autores

Joanny Judith Sarmiento-Gutiérrez: conceptualización, metodología, investigación, curaduría de datos, redacción del borrador original; Andrés Ángelo Cadena-Bonfanti: conceptualización, supervisión, validación, redacción, revisión y edición; Valentina Pérez-Jiménez: metodología, investigación, curaduría de datos, análisis formal, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición; Judith Cristina Martínez-Royert: investigación, curaduría de datos, redacción, revisión y edición; Viviana Paola Franco-Mejía: investigación, curaduría de datos, visualización, redacción, revisión y edición; Luz Ángela Cortés-Restrepo: análisis formal, me-



todoología, visualización, redacción, revisión y edición; Lin Tan Kuang: recursos, investigación, redacción, revisión y edición; Jordis Andrés Hernández-Martínez: administración del proyecto, supervisión, validación, redacción, revisión y edición.

### **Declaración de fuentes de financiación**

El presente estudio no contó con financiación externa. Los autores declaran que la investigación se realizó sin apoyo económico de entidades públicas o privadas.

### **Conflictos de intereses**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### **Implicaciones éticas**

El estudio se realizó de conformidad con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y la normatividad nacional vigente para investigación en seres humanos. El protocolo fue aprobado por un Comité de Ética en Investigación Institucional.

Todos los participantes fueron informados de manera clara sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, y firmaron el consentimiento informado previo a su inclusión. Se garantizó la confidencialidad de la información, el anonimato de los participantes y el uso de los datos exclusivamente con fines científicos.

### **Uso de inteligencia artificial (IA)**

Los autores declaran que no usaron inteligencia artificial en la elaboración o escritura de este caso.

### **Declaración de datos**

Los autores declaran que no existen datos previamente publicados en acceso abierto, sobre este caso. Cualquier consulta al respecto, se debe contactar directamente a la autora de correspondencia.

## Referencias

- [1] Chen J, De Moya-Guerra L, Yan CT, Li A. Los chinos en Colombia: historia, diáspora e identidad. *Mareas Pacífico* [Internet]. 2020 [Consultado 8 Abr 2024];5. Disponible en <https://mareaspacifico.univalle.edu.co/los-chinos-en-colombia-historia-diaspora-e-identidad/> ↑Ver página 3
- [2] Creutzfeldt B. Los niños que clamaban guerrero lobo: la estrategia diplomática de China en América Latina. *Colomb Int.* [Internet]. 2023 [Consultado 8 Abr 2024];113:61-84. <https://doi.org/10.7440/colombiaint113.2023.03> ↑Ver página 3
- [3] Iraizoz Barrios AM, Brito Sosa G, Santos Luna JA, León García G, Pérez Rodríguez JE, Jaramillo Simbaña RM, et al. Detección de factores de riesgo de enfermedad renal crónica en adultos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2022;38(2). ↑Ver página 3
- [4] González-Solanellas M, Grau-Carod M, Zabaleta-del-olmo E, Moreno-Feliu R, Romangosa-Pérez-Portabella A, Juanpere-Simó S, et al. Factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en población adulta joven. *Gacet San.* 2015;29(1):72-73. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.002> ↑Ver página 3
- [5] Pastrana Buelvas E, Gehring H. La proyección de China en América Latina y el Caribe. 1ra ed. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2017. <https://doi.org/10.2307/j.ctv893gh5> ↑Ver página 3, 4
- [6] Gong Z, Zhao D. Cardiovascular diseases and risk factors among Chinese immigrants. *Intern Energ Med.* 2015;11(2016):307-318. <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1305-6> ↑Ver página 4, 5
- [7] Bi Y, Jiang Y, He J, Wang L, Xu M, Zhang M, et al. Status of cardiovascular health in chinese adults. *JACC J.* 2015;65(10):12.044. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.12.044> ↑Ver página 4, 5
- [8] Gu D, Gupta A, Muntner P, Hu S, Duan X, Chen J, et al. Prevalence of cardiovascular disease risk factor clustering among the adult population of China: Results from the international collaborative study of cardiovascular disease in Asia (InterAsia). *Circul.* 2005;112(5):515072. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.104.515072> ↑Ver página 4, 5
- [9] Campos de Aldana MSt, Moya Plata D, Mendoza Matajira JD, Duran Niño EY. Las enfermedades crónicas no transmisibles y el uso de tecnologías de información y comunicación: revisión sistemática. *Rev Cuid.* 2014;5(1):661-669. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i1.104> ↑Ver página 13

- [10] Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá; 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF> ↑Ver página 6
- [11] Aparício SL, Duarte I, Castro L, Nunes R. Equity in the access of Chinese immigrants to healthcare services in Portugal. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2442. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032442> ↑Ver página 12
- [12] Xu T, Liu J, Zhu G, Liu J, Han S. Prevalence of prehypertension and associated risk factors among Chinese adults from a large-scale multi-ethnic population survey. *BMC Public Health*. 2016;16(775). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3411-4> ↑Ver página 12
- [13] Badanta-Romero B, Lucchetti G, Barrientos-Trigo S. Access to healthcare among Chinese immigrants living in Seville, Spain. *Gac Sanit*. 2021;35(2):145-152. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.008> ↑Ver página 12
- [14] Incaugarat MF. Usos y apropiaciones del sistema de salud privado por parte de los migrantes chinos en Argentina. *Saúde Soc*. 2023;32(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902023210937es> ↑Ver página 12
- [15] Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Who.int. [Consultado 12 abril 2024]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> ↑Ver página 12
- [16] Yáñez CA, de la Fuente FLA, Toffoletto MC, Masalan-Apip MP. Necesidades de salud de migrantes en países receptores desde un enfoque biopsicosocial. *MediSur*. 2018;16(6):930-939. ↑Ver página 13
- [17] Jiang L, Rubio-Campal JM, Tuñón J. Factores de riesgo cardiovascular en la población china residente en la Comunidad de Madrid y su relación con el origen geográfico. *Med Clin Pract*. 2021;4(3):100248. <https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2021.100248> ↑Ver página 13
- [18] Hong X, Ye Q, He J, Wang Z, Yang H, Qi S, *et al*. Prevalence and clustering of cardiovascular risk factors: a cross-sectional survey among Nanjing adults in China. *BJM Open*. 2018;8(6):e020530. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020530> ↑Ver página 13, 14
- [19] Yang HF, Hong X, Wang WW, Ye Q, Wang ZY, Qi SX. Association of major cardiovascular risk factors, risk factor clustering with cardiovascular diseases from eastern China A

- population-based cross-sectional study. *Res Sq* [Internet]. 2019 [Consultado 8 Abr 2024];5. <https://doi.org/10.21203/rs.2.19393/v1> ↑Ver página 13, 14
- [20] National Health and Family Planning Commission. Resident nutrition and chronic disease report released. *Rev Modern Health*. 2015;18:3-4. ↑Ver página 14
- [21] Organización Mundial de la Salud. Healthy China 2030. The 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai [Internet]. Shanghai:WHO;2017 [Consultado 15 Mayo 2019]. Disponible en <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference> ↑Ver página 14
- [22] Zhang M, Real-Cancio M, Tamargo-Barbeito TO, León-Castellón R. Sobrepeso y obesidad en la autopercepción corporal de adultos en China. *Rev Cub Med*. 2019;58(3):e1168. ↑Ver página 14
- [23] Rust P, Ekmekcioglu C. Impact of salt intake on the pathogenesis and treatment of hypertension. En: Islam S. Ed. *Hypertension: from basic research to clinical practice*. 2da Edición. Suiza:Springer Cham; 2018. p. 61-84. [https://doi.org/10.1007/5584\\_2016\\_147](https://doi.org/10.1007/5584_2016_147) ↑Ver página 14
- [24] Vega-Trinidad JC, Hernández-Cortés PL, Enríquez-Reyna MC, Lagunes-Carrasco JO, Gómez-Infante EA. Factores de riesgo cardiovascular, estrés, actividad física y sedentaria en población de Michoacán, México. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2022;30(1):18-24. ↑Ver página 14
- [25] Rodríguez-Roca GC, Segura-Fragoso A, Villarín-Castro A, Alonso-Moreno FJ, Rodríguez-Padial L, Rodríguez-García ML, *et al.* Características de la población general incluida en el estudio RICARTO (Riesgo CARdiovascular y eventos cardiovasculares en la población general del área sanitaria de Toledo): resultados con los primeros 1.500 individuos incluidos en el estudio. *Med Fam SEMERGEN*. 2017;44(3):180-191. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.07.002> ↑Ver página 14
- [26] Holst I, Monge-Rojas R, Marín RM, Hidalgo K, Kelly M. Perfil de lípidos y lipoproteínas en inmigrantes chinos residentes en Costa Rica. *Arch Latinoam Nutr*. 2002;52(3):261-266. ↑Ver página 14, 15
- [27] Koku Aksu AE, Saraçoğlu ZN, Metintaş S, Sabuncu İ, Çetin Y. Age and gender differences in Framingham risk score and metabolic syndrome in psoriasis patients: A cross-sectional study in the Turkish population. *Anatol J Cardiol*. 2017;17(1):66-72. <https://doi.org/10.14744/anatoljcardiol.2016.6679> ↑Ver página 14