

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADO



PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE INFARTO AL MIOCARDIO

Autores:

Glenda Melissa Canales Saravia
Lorena Mariel Rodríguez Guzmán

Para optar al grado de:

Especialista en Medicina Interna

Asesor:

Dr. Víctor Hugo Araya Peña

CIUDAD UNIVERSITARIA "DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA", EL SALVADOR,
NOVIEMBRE 2025

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Dr. C. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Dr. C. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.Sc. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

DEDICATORIA

DEDICO ESTE TRABAJO DE TESIS, EN PRIMER LUGAR, A DIOS, FUENTE DE FORTALEZA Y SABIDURÍA, QUIEN ME SOSTUVO EN CADA DESAFÍO Y ME PERMITIÓ LLEGAR HASTA AQUÍ.

A MIS PADRES, POR SU AMOR INCONDICIONAL, POR CADA SACRIFICIO SILENCIOSO Y POR SER MI MAYOR EJEMPLO DE CONSTANCIA Y FE. ESTE LOGRO TAMBIÉN LES PERTENECE, GRACIAS POR CREER EN MÍ INCLUSO EN LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES.

A MI FAMILIA, POR SU APOYO SINCERO, SU COMPRENSIÓN Y POR ESTAR PRESENTES INCLUSO EN LA DISTANCIA, BRINDÁNDOME ÁNIMO CUANDO MÁS LO NECESITABA.

A MI ABUELO, AUNQUE YA NO ESTÁ FÍSICAMENTE CONMIGO, SU RECUERDO, ENSEÑANZAS Y EJEMPLO PERMANECEN VIVOS EN MI CORAZÓN, INSPIRÁNDOME A SEGUIR ADELANTE Y CELEBRAR CADA LOGRO.

DE MANERA MUY ESPECIAL, A MI NOVIO, POR SER APOYO, CALMA Y MOTIVACIÓN; POR CREER EN MÍ INCLUSO CUANDO YO DUDABA, Y POR ACOMPAÑARME CON PACIENCIA Y AMOR A LO LARGO DE ESTE CAMINO.

A MIS MAESTROS, POR COMPARTIR GENEROSAMENTE SUS CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIA, POR SU GUÍA, EXIGENCIA Y COMPROMISO, QUE MARCARON PROFUNDAMENTE MI FORMACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL.

GLENDIA MELISSA CANALES SARAVIA

DEDICATORIA

ESTE TRABAJO REPRESENTA MUCHO MÁS QUE UN REQUISITO ACADÉMICO, ES EL REFLEJO DE AÑOS DE ESFUERZO, SACRIFICIOS, SILENCIOS Y SUEÑOS QUE POCO A POCO FUERON TOMANDO FORMA.

AGRADEZCO:

A DIOS POR ACOMPAÑARME EN CADA, Y DARME LA FORTALEZA PARA NO RENDIRME A PESAR DE LAS PRUEBAS, A LA VIRGEN DE LA PAZ POR INTERCEDER POR MÍ Y PERMITIR TANTAS BENDICIONES EN MI VIDA.

A MI MAMÁ POR NUNCA DEJAR DE CREER EN MÍ Y SER MI REFUGIO, COMPAÑÍA Y POR CADA UN DE SUS SACRIFICIOS PARA VERME CUMPLIR MIS SUEÑOS.

A MIS HERMANOS VÍCTOR Y JOSÉ POR APOYARME SIEMPRE A PESAR DE LA DISTANCIA.

A MI SOBRINA SCARLETH POR SER MI INSPIRACIÓN PARA LUCHAS POR MIS OBJETIVOS.

A MI PROMETIDO JAIRO RIVERA POR SER TAN INCONDICIONAL CONMIGO, POR ACOMPAÑARME CON AMOR Y RESPETARME CUIDARME Y MIS CREER EN MIS CAPACIDADES SIEMPRE.

A LA DRA SANDRA LORENA PORTILLO DE MEJÍA QEPD POR SU VALIOSO APOYO, POR CELEBRAR NUESTROS LOGROS COMO SUYOS, POR SER NUESTRA GUÍA Y LUZ SIEMPRE.

LORENA MARIEL RODRÍGUEZ GUZMÁN

AGRADECIMIENTOS

EXPRESAMOS NUESTRO MÁS SINCERO AGRADECIMIENTO A DIOS, POR PERMITIRNOS CULMINAR ESTA ETAPA TAN IMPORTANTE EN NUESTRA FORMACIÓN PROFESIONAL, BRINDÁNDONOS FORTALEZA, SABIDURÍA Y PERSEVERANCIA A LO LARGO DE ESTE PROCESO.

A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, POR LA FORMACIÓN ACADÉMICA RECIBIDA Y POR BRINDARNOS LA OPORTUNIDAD DE DESARROLLAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

AL DR. VÍCTOR MEJÍA Y DR. VÍCTOR ARAYA POR SER NUESTROS ASESORES, POR SU ORIENTACIÓN, APOYO Y VALIOSOS APORTES DURANTE EL DESARROLLO DE ESTE ESTUDIO, ASÍ COMO POR SU DISPOSICIÓN PARA COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIA.

A LA DRA. PORTILLO DE MEJÍA, QUIEN DURANTE NUESTRA RESIDENCIA FUE UNA GUÍA INVALUABLE, SIEMPRE ATENTA A NUESTRAS NECESIDADES, BRINDANDO APOYO EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES Y CELEBRANDO NUESTROS LOGROS COMO PROPIOS. SU EJEMPLO, DEDICACIÓN Y COMPROMISO DEJARON UNA HUELLA SIGNIFICATIVA EN NUESTRA FORMACIÓN PROFESIONAL.

A LOS DOCENTES Y MAESTROS QUE FORMARON PARTE DE NUESTRA FORMACIÓN DURANTE LA RESIDENCIA DE MEDICINA INTERNA, POR SUS ENSEÑANZAS, EXIGENCIA ACADÉMICA Y POR CONTRIBUIR DE MANERA SIGNIFICATIVA A NUESTRO CRECIMIENTO PROFESIONAL.

FINALMENTE, AGRADECEMOS A TODAS LAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA MANERA CONTRIBUYERON DIRECTA O INDIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN.

INDICE DE CONTENIDO

Contenido

Resumen	VIII
Introducción	1
Métodos	2
Resultados	3
Discusión:	12
Conclusiones	13
Referencias	15
Anexos	17

Resumen

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, y actualmente es una patología prevalencia desconocida en El Salvador, a pesar de que muchos pacientes ingresan con dicho diagnóstico no hay estudios relacionados disponibles, es por este motivo que tiene como **objetivo:** determinar la prevalencia del IAM y los factores de riesgo asociados. **Metodología:** se analizaron 52 pacientes diagnosticados con IAM en un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, realizado en el Hospital Regional San Miguel durante el periodo 2023–2024, el protocolo fue aprobado por comité de ética con código: 2024-78. Se realizó recolección de datos mediante una guía de observación diseñada en formato virtual. **Resultados:** durante el periodo de estudio se atendió un total de 4,946 pacientes en los diferentes servicios de hospitalización de medicina interna, de estos 52 casos fueron diagnosticados con IAM, lo que representa una prevalencia global del 1.05%, equivalente a una tasa de 10.5 casos por cada 1,000 pacientes atendidos en el hospital durante dicho periodo. Al analizar la distribución por sexo, se observó que el 65.4% de los casos correspondió al sexo masculino. **Conclusiones:** Se evidenció un predominio del sexo masculino (65.4%) y del grupo etario comprendido entre 60 y 79 años (46.2%). Entre los factores de riesgo modificables, los más frecuentes fueron la hipertensión arterial (84.6%), seguida de diabetes mellitus (50.0%) y obesidad (38.5%). En menor proporción se observaron tabaquismo (21.2%), dislipidemia (15.4%) y etilismo (15.4%).

Palabras clave: infarto de miocardio; factores de riesgo; hipertensión; diabetes; prevalencia

Introducción

La enfermedad coronaria es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y su prevalencia continúa en aumento. Cada año, cerca de 1,8 millones de personas fallecen debido a esta enfermedad. Aunque la incidencia de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) está disminuyendo, la del infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) está en aumento. La prevalencia de IAMCEST varía entre países, afectando principalmente a personas mayores y hombres (1).

Las enfermedades cardiovasculares representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad hospitalaria, según los registros del Ministerio de Salud. Sin embargo, no se dispone de estudios recientes que describan la prevalencia del infarto agudo de miocardio ni los factores de riesgo predominantes. Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo principal determinar la prevalencia del infarto agudo de miocardio y, además, identificar los factores de riesgo modificables y no modificables presentes en los pacientes que consultan al Hospital Regional ISSS San Miguel.

La falta de datos sistematizados sobre la frecuencia de esta enfermedad y sus factores de riesgo modificables y no modificables dificulta establecer estrategias efectivas de prevención y control. Por lo que se busca llenar ese vacío de información epidemiológica, aportando evidencia local que contribuya a fortalecer los programas de prevención cardiovascular y la atención integral de los pacientes con enfermedad coronaria en la región.

El presente trabajo se basa en un enfoque transversal y descriptivo, utilizando fuentes documentales para fundamentar el marco teórico. Se empleó un enfoque cuantitativo, con la recolección de datos a partir de historias clínicas y el análisis estadístico de los mismos.

Los resultados de esta investigación proporcionan información relevante que podrá ser utilizada como base para futuras investigaciones y para implementar

intervenciones de prevención primaria y secundaria, beneficiando así a los pacientes que forman parte de la población atendida en esta institución.

Métodos

La metodología de este estudio tiene como propósito describir el proceso sistemático para alcanzar los objetivos planteados en la investigación sobre la prevalencia y factores de riesgo de infarto agudo al miocardio en Hospital Regional ISSS San Miguel.

Se realizó un estudio retrospectivo y **descriptivo**, basado en la revisión de expedientes clínicos de pacientes hospitalizados con diagnóstico confirmado de infarto agudo al miocardio. Esta aproximación permitió examinar múltiples variables asociadas a desenlaces clínicos adversos, sin intervenir en el curso natural de la enfermedad.

Muestra

Se tomó como universo el total de pacientes que fueron hospitalizados con diagnóstico de infarto agudo al miocardio, en el Hospital ISSS Regional San Miguel, en el periodo marzo 2023 – marzo 2024, en el cual según estadística local es una población de 60 pacientes; sin embargo, cuando se realizó la revisión solo se encontraron datos de 52 pacientes, debido a que expedientes restantes pertenecen a unidades médicas periféricas, y no estuvieron disponibles para su incorporación al estudio.

El análisis incluyó factores de riesgo **modificables** (como comorbilidades crónicas, hábitos personales) y **no modificables** (edad, sexo), **datos complementarios** (hallazgos bioquímicos, y electrocardiográficos).

La selección de los expedientes se realizó bajo criterios de inclusión previamente definidos, priorizando pacientes mayores de 40 años con sintomatología clínica de infarto, EKG que demuestre infarto agudo al miocardio con o sin elevación del ST además de elevación enzimática. Los datos extraídos por cada uno de los objetivos del estudio fueron registrados en un instrumento de recolección estructurado, que fue previamente validado, que agrupa las variables en secciones según su naturaleza y según sus objetivos.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa Microsoft Excel® 2021,

donde se elaboraron tablas de distribución de frecuencias y porcentajes para cada una de las variables estudiadas.

Resultados:

Tabla1. Prevalencia de pacientes con IAM según sexo.

variables	Frecuencia	Pacientes	Tasa por mil pacientes
Femenino	18	1707	7.1
Masculino	34	2549	19.9
Total	52	4946	10.5

Fuente: Base de datos de observación, Hospital Regional San Miguel (2023–2024)

La prevalencia del infarto agudo de miocardio (IAM) se determinó considerando el total de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional San Miguel durante el periodo comprendido entre marzo de 2023 y marzo de 2024.

En ese lapso, se registró un total de 4,946 pacientes atendidos, de los cuales 52 presentaron diagnóstico confirmado de infarto agudo de miocardio, lo que corresponde a una prevalencia global del 1.05%, equivalente a 10.5 casos por cada 1,000 pacientes hospitalizados.

Al analizar la distribución por sexo, se observó que el 65.4% de los casos correspondió al sexo masculino (n = 34) y el 34.6% al sexo femenino (n = 18), con tasas específicas de 19.9 por mil en hombres y 7.1 por mil en mujeres, evidenciando una predominancia marcada del sexo masculino en la presentación del evento coronario.

Departamento de procedencia.

Según departamento de procedencia, 32 pacientes representan el 61.5% de la muestra los cuales procedían del departamento de San Miguel, seguido por Usulután con 10 pacientes (19.2%), La Unión con 6 pacientes (11.5%), Morazán con 3 casos (5.8%) y finalmente San Salvador con 1 caso (1.9%).

Área geográfica.

La distribución de los pacientes según su área geográfica 38 (73.1%) residían en zonas urbanas, mientras que 14 (26.9%) provenían de zonas rurales.

Tabla 2. Parámetros clínicos, enzimáticos y electrocardiográficos utilizados para diagnóstico de IAM.

Variable	Frecuencia	Porcentaje%
Marcadores cardiacos		
CPK-MB		
0-50	23	44.2
51-100	16	30.8
Sin datos	13	25.0
Troponinas		
≤ percentil 99	4	7.7
> percentil 99	26	50
Sin datos	22	43.0
Manifestaciones clínicas		
Dolor típico	38	73.1
Dolor atípico	14	26.9
Criterios electrocardiográficos		
Elevación o depresión del segmento ST	30	57.7
Inversión de la onda T	15	28.8
Ondas Q patológicas	7	13.5

Fuente: Base de datos de observación, Hospital Regional San Miguel (2023–2024)

Tabla 2. Se observó que el 44.2 % de los pacientes presentaron niveles de CPK-MB dentro del rango normal (0–50 U/L), mientras que el 30.8 % mostró valores elevados (>50 U/L), lo que confirma daño miocárdico agudo en una proporción considerable de casos. Un 25 % de los registros carecía de datos en esta variable.

En cuanto a troponinas, marcador altamente específico de necrosis miocárdica, el 50 % de los pacientes presentó valores superiores al percentil 99, indicando lesión miocárdica confirmada, mientras que el 43 % no contaba con registro del examen

Respecto a las manifestaciones clínicas, el 73.1 % de los pacientes presentó dolor torácico típico, caracterizado por opresión retroesternal irradiada y acompañada de síntomas vegetativos, mientras que el 26.9 % refirió dolor atípico.

En los criterios electrocardiográficos, la elevación o depresión del segmento ST se identificó en el 57.7 % de los casos, siendo el hallazgo más frecuente, seguido de la inversión de la onda T (28.8 %) y la presencia de ondas Q patológicas (13.5 %). Estos resultados reflejan la predominancia de infartos con elevación del ST (IAMCEST), que se asocian a mayor extensión de la lesión y peor pronóstico clínico.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con infarto agudo al miocardio según factores de riesgo no modificables.

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
40–59	20	38.4
60-79	24	46.2
> 80	8	15.4
Total	52	100.0
Sexo		
Masculino	34	65.4
Femenino	18	34.6
Total	52	100.0
Cardiopatía estructural		
Si	4	7.7
No	32	61.5
Sin datos	16	30.8
Total	52	100

Fuente: Base de datos de observación, Hospital Regional San Miguel (2023–2024)

Tabla 3. En la distribución por edad, se observó que el grupo de 60 a 79 años fue el más afectado, representando el 46.2 % de los casos, seguido del grupo de 40 a 59 años con 38.4 %, mientras que los mayores de 80 años constituyeron el 15.4 %. Este patrón evidencia que el infarto agudo de miocardio afecta predominantemente a adultos mayores.

En cuanto al sexo, el 65.4 % de los pacientes correspondió al masculino y el 34.6 % al femenino, confirmando una predominancia masculina.

Respecto a la presencia de cardiopatía estructural, el 7.7 % de los pacientes presentó antecedentes de enfermedad cardíaca previa, mientras que el 61.5 % no reportó dicha condición y el 30.8 % no contaba con registro.

Tabla 4. Factores de riesgo modificables en pacientes con infarto agudo de miocardio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tabaquismo		
Si	11	21.2
No	33	63.5
Sin datos	8	15.3
Total	52	100
Etilismo		
Si	8	15.4
No	36	69.2
Sin datos	8	15.4
Total	52	100
Dislipidemia		
Si	8	15.4
No	22	42.3
Sin datos	22	42.3
Total	52	100
Obesidad		
Si	20	38.5
No	27	51.9
Sin datos	5	9.6
Total	52	100
Hipertensión arterial		
Si	44	84.6
No	7	13.5
Sin datos	1	1.9
Total	52	100
Diabetes mellitus		
Si	26	50.0
No	25	48.1
Sin datos	1	1.9
Total	52	100
Enfermedad renal crónica		
Si	12	23.1
No	40	76.9
Sin datos	0	0
Total	52	100

Fuente: Base de datos de observación, Hospital Regional San Miguel (2023–2024)

En la tabla 4.se observa que los factores de riesgo modificables más frecuentes fueron:

Hipertensión arterial: presente en 84.6% de los casos, lo que la convierte en el factor más prevalente.

Diabetes mellitus: identificada en el 50% de los pacientes, lo que evidencia su relevancia en el riesgo cardiovascular, probablemente asociada al mal control metabólico y daño microvascular crónico.

Obesidad: afectó al 38.5%, un porcentaje considerable que se asocia con el síndrome metabólico y el aumento de la resistencia a la insulina.

Tabaquismo: reportado en 21.2% de los pacientes, siendo un factor de riesgo bien establecido que acelera el proceso aterotrombótico.

Etilismo y dislipidemia tuvieron frecuencias similares (15.4%), lo cual puede reflejar subregistro o infra diagnóstico, especialmente en el caso de dislipidemia.

Enfermedad renal crónica estuvo presente en 23.1%, lo que sugiere coexistencia de daño multiorgánico en un grupo importante de pacientes.

Tabla.5 Pacientes con infarto agudo al miocardio según parámetros bioquímicos séricos.

Parámetro sérico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Glucosa mg/dl		
70 – 100	17	32.7
101 – 125	9	17.3
126 – 200	14	26.9
> 201	12	23.1
Creatinina mg/dl		
0.7	7	13.5
0.8—1.2	25	48.1
1,3-2.0	7	13.5
>2.1	13	25.0
Hemoglobina gr/dl		
<8	4	7.7
8-10.9	7	13.5
11-11.9	9	17.3
≥12	32	61.5
Colesterol Total mg/dl		
<100	2	3.9
101-200	20	38.5
>201	18	34.6
Sin datos	12	23.0
HDL mg/dl		
<40	15	28.9
40-59	5	9.7
>60	2	3.9
Sin datos	30	57.5
LDL mg/dl		
<100	13	25.1
100-150	10	19.2
151-200	17	32.7
Sin datos	12	23.0
Triglicéridos mg/dl		
<150	11	21.1
150-200	6	11.5
201-250	13	25.0
>300	1	2.0
Sin datos	21	40.4

Fuente: Base de datos de observación, Hospital Regional San Miguel (2023–2024)

Tabla 5. Los hallazgos bioquímicos muestran alteraciones significativas en varios parámetros metabólicos:

Glucosa: el 67.3% presentó niveles de glucosa superiores a los valores normales (≥ 101 mg/dl), distribuidos en 17.3% con prediabetes (101–125 mg/dl), 26.9% con valores entre (126–200 mg/dl) compatibles con diagnóstico de diabetes según guías ADA y 23.1% (> 201 mg/dl) que sugiere descompensación glucémica; mientras que el 32.7% mantuvo valores dentro del rango fisiológico (70–100 mg/dl).

Creatinina: La mayoría (48.1%) tuvo valores dentro del rango normal (0.8–1.2 mg/dl). Un 38.5% mostró elevaciones (> 1.2 mg/dl), lo que sugiere afectación renal aguda o crónica coexistente. Esto se correlaciona con la alta frecuencia de enfermedad renal crónica (21.1%) descrita en la tabla anterior, indicando repercusión cardiorrenal.

Hemoglobina: el 61.5% presentó valores ≥ 12 g/dl, mientras que el 38.5% evidenció algún grado de anemia.

Colesterol total: se observa el 38.5% de los pacientes presentó valores entre 101–200 mg/dl, considerados dentro del rango aceptable., mientras que 34.6% evidenció cifras > 201 mg/dl, compatibles con hipercolesterolemia. Asimismo, un 3.9% presentó valores < 100 mg/dl, mientras que un 23% carecía de datos registrados.

Colesterol HDL: el 28.9% tuvo niveles bajos (< 40 mg/dl), sin embargo, se evidencia un porcentaje de sin datos (57.6%), lo que podría reflejar limitaciones en el registro o la disponibilidad de estudios lipídicos.

Colesterol LDL: el 25% presentó valores < 100 mg/dl, mientras que un 40% tuvo concentraciones entre 100–200 mg/dl.

Triglicéridos: se observó que el 38.5% presentaba algún grado de hipertrigliceridemia (valores ≥ 150 mg/dl), distribuidos en 11.5% entre 150–200 mg/dl, 25% entre 201–250 mg/dl y 1.9% con valores > 300 mg/dl, lo que representa una proporción clínicamente relevante. El 21.1% mostró valores normales (< 150 mg/dl), mientras que un 40.4% no contaba con registro de este parámetro.

Discusión:

Los resultados obtenidos en este estudio permiten caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) atendidos en el Hospital Regional ISSS San Miguel durante marzo 2023 – marzo 2024. La prevalencia de 1.05 % (10.5 casos por cada 1 000 hospitalizaciones) refleja una carga significativa de enfermedad coronaria en la población local, similar a la incidencia reportada en registros internacionales (1).

En cuanto al sexo y la edad, predominó el grupo masculino (65.4 %) y los adultos de 60–79 años (46.2 %). Estos hallazgos son coherentes con lo descrito en la Guía ESC 2017 y estudios poblacionales, los cuales confirman que la mayor incidencia de IAM ocurre en varones mayores de 60 años, debido a la pérdida del efecto cardioprotector estrogénico y a la mayor exposición a factores conductuales como el tabaquismo y la hipertensión (1,8).

Respecto a los factores de riesgo modificables, la hipertensión arterial (84.6 %), diabetes mellitus (50 %) y obesidad (38.5 %) fueron los más prevalentes. Estos resultados son comparables con estudios realizados en poblaciones latinoamericanas, donde la hipertensión supera el 80 % y la diabetes presenta alta frecuencia en pacientes con IAM (3,4). La diabetes mellitus, además, se asocia a mayor mortalidad y a la aparición de insuficiencia cardíaca postinfarto (6).

El tabaquismo (21.2 %) y el etilismo (15.4 %) presentaron menor proporción, aunque continúan siendo factores relevantes en la fisiopatología del evento coronario. La evidencia señala que estos hábitos contribuyen significativamente al desarrollo de aterosclerosis y eventos cardiovasculares mayores (3).

En los parámetros bioquímicos, el 67.3 % de los pacientes presentó hiperglucemia y el 38.5 % hipertrigliceridemia, ambos considerados marcadores de disfunción metabólica. Asimismo, la dislipidemia observada coincide con estudios que destacan el papel de las alteraciones lipídicas como factor determinante en la enfermedad coronaria (5).

Desde el punto de vista clínico, el dolor torácico típico (73.1 %) fue la manifestación predominante, y en los criterios electrocardiográficos se observó elevación o depresión del segmento ST en 57.7 %, lo que indica un predominio de IAM con elevación del ST

(IAMCEST). Esto coincide con lo reportado en guías internacionales, que señalan al IAMCEST como la forma más grave y con mayor extensión de necrosis miocárdica (1,2).

La disfunción miocárdica, evidenciada por la elevación de CPK-MB y troponinas en más del 50 % de los pacientes, refleja daño celular significativo. La literatura describe que la magnitud de la necrosis miocárdica se asocia directamente con la disfunción ventricular y la mortalidad hospitalaria (6).

La coexistencia de enfermedad renal crónica (23.1 %) sugiere la presencia de compromiso multiorgánico, lo cual puede influir negativamente en la evolución clínica de los pacientes con IAM, aumentando el riesgo de complicaciones y mortalidad.

En conjunto, los resultados de este estudio muestran una tendencia similar a la descrita en la literatura internacional: alta prevalencia de hipertensión, diabetes y obesidad, predominio de IAM con elevación del ST y evidencia de disfunción ventricular secundaria al daño isquémico agudo. Estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer los programas de prevención y control de factores de riesgo cardiovascular, así como el diagnóstico temprano, en concordancia con las recomendaciones de guías internacionales (1).

A pesar de los hallazgos obtenidos, este estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. El análisis se basó en un tamaño muestral reducido, lo que limita la generalización de los resultados; además, la alta proporción de registros incompletos impide una caracterización epidemiológica más precisa.

Conclusiones:

1. La prevalencia del infarto agudo de miocardio en la población hospitalaria fue del 1.05 %, equivalente a 10.5 casos por cada 1 000 pacientes atendidos, lo que evidencia una carga significativa de enfermedad coronaria en el ámbito institucional.
2. El estudio confirmó un predominio del sexo masculino (65.4 %) y del grupo etario de 60 a 79 años (46.2 %), concordante con las tendencias epidemiológicas descritas a nivel internacional para esta patología.
3. Los factores de riesgo modificables más frecuentes fueron la hipertensión arterial (84.6 %), la diabetes mellitus (50 %) y la obesidad (38.5 %), seguidos del

tabaquismo (21.2 %) y el etilismo (15.4 %), hallazgos similares a los reportados en estudios latinoamericanos y europeos.

4. Entre los factores no modificables, el sexo masculino y la edad avanzada fueron los principales determinantes clínicos asociados al evento coronario, lo que resalta la importancia de la detección precoz y el control de los factores de riesgo en adultos mayores
5. La mayoría de los pacientes presentó dolor torácico típico (73.1 %) y alteraciones electrocardiográficas compatibles con elevación o depresión del segmento ST (57.7 %), siendo el IAM con elevación del ST la forma predominante del síndrome coronario agudo.
6. Los marcadores enzimáticos (CPK-MB elevada en 44.2 % y troponinas por encima del percentil 99 en 50 %) confirmaron daño miocárdico agudo y posible disfunción ventricular.

Referencias

1. Ibálbañez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. 2017 [citado el 24 de marzo de 2023];70(12): 1082.e1-1082.e61. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893217306693>
2. Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. 2019;72(1):72. e1-72. e27. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893218306365>
3. Dattoli-García CA, Jackson-Pedroza CN, Gallardo-Grajeda AL, Gopar-Nieto R, Araiza-Garaygordobil D, Arias-Mendoza A. Infarto agudo de miocardio: revisión sobre factores de riesgo, etiología, hallazgos angiográficos y desenlaces en pacientes jóvenes. *Archivos de Cardiología de México [Internet]*. 2021 Jan 20; Available from: https://www.archivoscardiologia.com/files/acm_386_20_infarto.pdf
4. Matos-Santisteban MA, La ED, Cedeño-Salema C, De Jesús López- Catá F, Ma MS. Factores de riesgo de infarto agudo de miocardio en pacientes que asisten al Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley” [Internet]. *Medigraphic.com*. [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2020/ump203e.pdf>
5. Schuller KA. Is obesity a risk factor for readmission after acute myocardial infarction? *J Health Qual Res [Internet]*. 2020;35(1):4–11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647920300014>
6. Parizo J, Mahaffey KW. Diabetes and heart failure post-acute myocardial infarction: Important associations and need for evidence-based interventions. *Eur J Prev Cardiol [Internet]*. 2020 [citado el 22 de marzo de 2023];27(17):1887– Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32090588/>
7. Scacest P. Estándar de Calidad de la Sociedad Española de Cardiología [Internet]. *Secardiologia.es*. [citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: https://secardiologia.es/images/SEC-Excelente/SCACEST_Estandar_2019.pdf
8. Lopez-de-Andres A, Jimenez-Garcia R, Hernández-Barrera V, de Miguel-Yanes JM, Albaladejo-Vicente R, Villanueva-Orbaiz R, ¿et al. Are there sex differences in the effect of type 2 diabetes in the incidence and outcomes of myocardial infarction? A matched-pair analysis using hospital discharge data. *Cardiovascular Diabetology [Internet]*. 2021 Apr 22 [cited 2023 Mar 24];20(1):81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33888124/>
9. Ryan W, M KD, Anda B, Caelan T, J LD, L MN, R CA. OUP Academic [Internet]. Risk factors for type 1 and type 2 myocardial infarction; 25 de agosto de 2021 [consultado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/43/2/127/6357312>
10. Pullinger CR, O'Connor PM, Naya-Vigne JM, Kunitake ST, Movsesyan I, Frost PH, et al. Levels of Prebeta-1 High-Density Lipoprotein Are a Strong Independent Positive Risk Factor for Coronary Heart Disease and Myocardial Infarction: A Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*. 2021 Apr 6;10(7).
11. Barrett-Connor E, Wingard D, Wong N, Goldberg R. Enfermedad cardíaca y

- diabetes. Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales; 2018.
12. Tian X, Zuo Y, Chen S, Liu Q, Tao B, Wu S, et al. Triglyceride-glucose index is associated with the risk of myocardial infarction: an 11-year prospective study in the Kailuan cohort. *Cardiovasc Diabetol* [Internet]. 2021;20(1):19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12933-020-01210-5>
 13. Hansen KW, Peytz N, Blokstra A, Bojesen SE, Celis-Morales C, Chrysohoou C, et al. Association of fatal myocardial infarction with past level of physical activity: a pooled analysis of cohort studies. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2021 [citado el 22 de marzo de 2023];28(14):1590–8. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurjpc/article/28/14/1590/6132122>
 14. Biddinger KJ, Emdin CA, Haas ME, Wang M, Hindy G, Ellinor PT, et al. Association of habitual alcohol intake with risk of cardiovascular disease. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2022 [citado el 23 de marzo de 2023];5(3): e223849. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35333364/> Vista de Infarto Agudo de Miocardio: Artículo de Revisión [Internet]. Edu.mx. [citado el 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://archivosdemedicina.uat.edu.mx/index.php/nuevo/article/view/48/30>
 15. Damluji, A., Van Diepen, S., Katz, J. N., Menon, V., Tamis-Holland, J. E., Bakitas, M., Cohen, M. G., Balsam, L. B., Chikwe, J., & Biology, V. (2021). Mechanical Complications of Acute Myocardial Infarction: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 144(2). <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000985>
 16. Krittanawong, C., Khawaja, M., Tamis-Holland, J. E., Girotra, S., & Rao, S. V. (2023). Acute Myocardial Infarction: Etiologies and Mimickers in Young Patients. *Journal Of the American Heart Association. Cardiovascular And Cerebrovascular Disease*, 12(18). <https://doi.org/10.1161/jaha.123.029971>
 17. Smit, M., Coetzee, A., & Lochner, A. (2020). The Pathophysiology of Myocardial Ischemia and Perioperative Myocardial Infarction. *Journal Of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia (Print)*, 34(9), 2501 <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2019.10.005>
 18. Femia, G., French, J. K., Juergens, C., Leung, D. Y., & Lo, S. (2021). Right ventricular myocardial infarction: pathophysiology, clinical implications and management. *Reviews In Cardiovascular Medicine*, 22(4), 1229. <https://doi.org/10.31083/j.rcm2204131>
 19. Lindahl, B., & Mills, N. L. (2023b). A new clinical classification of acute myocardial infarction. *Nature Medicine (Print)*, 29(9), 2200-2205 <https://doi.org/10.1038/s41591-02>
 20. Gagliardi JA, Charask A, Perna ER, Doval HC, Tajer CD. Registro Nacional de Infarto Agudo de Miocardio (ARGEN-IAM-ST). *Rev Argent Cardiol*. 2017;85(3):254–260

Anexo

Anexo 1



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL
REGIONAL ISSS SAN MIGUEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA**

GUIA DE OBSERVACIÓN DE INVESTIGACIÓN

“Prevalencia y Factores de riesgo de infarto al miocardio en Hospital Regional San Miguel, 2023 -2024”

- **Objetivo:** Determinar la prevalencia del infarto al miocardio y los factores de riesgo asociados en pacientes del Hospital ISSS Regional San Miguel.

Correlativo:

Fecha:

Expediente:

SECCION I

Aspectos Demográficos.

Edad: _____

Género: Masculino _____ Femenino _____

Calidad de paciente: Beneficiario _____ Pensionado _____ Cotizante _____

Departamento de residencia:

San Miguel _____ La Unión _____ Morazán _____ Usulután _____ Otro _____

Área geográfica: Rural _____ Urbana _____

SECCION II
Antecedentes personales no patológicos

Tabaquismo: Si _____ No _____ No se conoce _____
Etilismo: Si _____ No _____ No se conoce _____

SECCION III
Antecedentes personales patológicos

	Si	No
Dislipidemia	_____	_____
Obesidad	_____	_____
Hipertensión Arterial Crónica	_____	_____
Diabetes Mellitus	_____	_____
Cardiopatías	_____	_____
Enfermedad renal crónica	_____	_____

SECCION IV
Manifestaciones clínicas

Dolor torácico típico Si _____ No _____
Dolor torácico atípico Si _____ No _____

Hallazgos electrocardiográficos

Si No

Elevación o depresión del segmento ST

Observaciones:

Inversión de la onda T

Observaciones:

Ondas Q patológicas

Observaciones:

SECCION V
Hallazgos en exámenes sanguíneos

Química:

Hemograma:

Troponinas:
