



**Características clínicas, demográficas y conocimientos de pacientes
que presentan IAM de primer diagnóstico, en el Hospital Universitario Mayor Méderi
Bogotá, Colombia junio 2024 – noviembre 2024**

Autor:

Lina María Ortiz Sierra
MD. General
Estudiante de la Maestría en Salud Pública

Director(s)

Metodológico:

Dr. José Alejandro Daza Vergara, MD, MSc.
Epidemiólogo de Investigaciones, Hospital Universitario Mayor Méderi.

Temático:

Dr. Juan Mauricio Pardo Oviedo, MD, MSc
Especialista en Medicina Interna y Cuidado Crítico.
Investigador, Instituto de Medicina Traslacional (IMT), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.
Decano, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario.
Investigador, Clinical Research Group, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Trabajo presentado como requisito para optar por el título de Magister en Salud Pública
Bogotá 2025



Dedicatoria

A mi familia, mi mayor fuente de inspiración y la razón por la que me esfuerzo cada día por ser mejor.

Agradecimientos

A la vida, por brindarme la oportunidad de crecer, aprender y servir con dedicación y compromiso.

A los profesores de la Maestría en Salud Pública, por su vocación inquebrantable y el valioso conocimiento compartido, que han sido fundamentales en mi formación.

A mi tutor metodológico, por su guía constante, su entrega y su apoyo invaluable a lo largo de este proceso.

A mi esposo, por creer en mí, apoyarme en cada iniciativa y ser mi compañero incondicional en este camino.

Tabla de contenido

Características clínicas, demográficas y conocimientos de pacientes	1
Dedicatoria	2
Agradecimientos	2
1 Resumen en español	5
2 Resumen en inglés	5
3 Introducción	6
4 Objetivos de investigación	7
4.1 4.1 Objetivo general	7
4.2 4.2 Objetivos específicos	7
5 Marco teórico	7
5.1 5.1 Marco conceptual	7
6 Estado del arte	10
7 Formulación de hipótesis de investigación	12
8 Metodología	12
8.1 Tipo de diseño de investigación	12
8.2 Población y muestra	12
8.2.1 Descripción de población de estudio	12
8.2.2 Definición de unidad de análisis.....	12
8.4 Criterios de selección	12
8.4.1 Criterios de inclusión:.....	12
8.4.2 Criterios de exclusión:	13
8.5 Método de muestreo	13
8.5.1 Cálculo del tamaño de la muestra.....	13
8.6 Procedimientos de recolección y sistematización de la información	16
8.7 Instrumentos de recolección	17
8.7.1 Personal que interviene y responsabilidades.....	17
8.7.2 Descripción del proceso de recolección de la información	18
8.8 Plan de análisis	18
9 Consideraciones éticas	19
9.1.1 Beneficios potenciales del estudio para el sujeto de investigación	19
10 Gestión de datos de investigación	19
11 Cronograma	19
11.1.1 ACTIVIDAD	19
12 Resultados	20
13 Conclusiones	29
14 Bibliografía	30

1 Resumen en español

Introducción

El infarto agudo de miocardio (IAM) representa una carga significativa para la salud pública en Colombia y a nivel mundial. Aunque los factores de riesgo clínicos, como la hipertensión arterial, el tabaquismo y la diabetes, son ampliamente reconocidos, el conocimiento de la población sobre la fisiopatología, los síntomas y la prevención del IAM desempeña un papel crucial en su detección temprana y en la adopción de medidas preventivas. La falta de educación y comprensión sobre el IAM, particularmente en poblaciones con bajo nivel educativo y barreras socioeconómicas, limita la efectividad de las intervenciones preventivas y terapéuticas. Evaluar el conocimiento y los factores asociados es esencial para identificar áreas prioritarias, desarrollar estrategias educativas y fortalecer políticas públicas orientadas a la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Objetivo: Determinar las características clínicas, demográficas y los conocimientos que tienen los pacientes que presentan un infarto agudo al miocardio por primera vez que ingresan al Hospital Universitario Mayor Méderi de Bogotá, Colombia.

Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en una población de pacientes mayores de 18 años que ingresaron al hospital con diagnóstico inicial de IAM por primera vez. Los datos fueron recolectados mediante encuestas estructuradas, evaluando tanto las características clínicas como el conocimiento de los pacientes sobre factores de riesgo y adherencia a tratamientos.

Resultados: El estudio incluyó principalmente hombres (73,33%) con una edad promedio de 57 años (± 13), nivel educativo mayormente de primaria (34,43%) y empleo independiente (37,70%). El 55,74% tenía ingresos entre 1-2 millones mensuales, el 52,46% era exfumador, el 21,31% consumió alcohol recientemente, y el 71,10% no realizaba actividad física. Clínicamente, el 85,25% tenía antecedentes cardiovasculares, el 72,13% fue sometido a angioplastia, y el 16,39% a cirugía cardíaca. Solo el 45,90% comprendía el significado de IAM, asociado a mayor nivel educativo (85,71%). El 80,30% relacionó dieta saludable con menor riesgo de infarto, pero solo el 37,70% identificó el síncope y el 54,10% el dolor torácico como síntomas. Además, el 41% reportó automedicación y el 59% retrasó la consulta médica.

Conclusiones El estudio resalta las brechas de conocimiento y la alta prevalencia de factores de riesgo modificables, como hipertensión, tabaquismo y diabetes, en pacientes colombianos con infarto agudo de miocardio (IAM). La limitada comprensión de la enfermedad y la baja adherencia a recomendaciones de estilo de vida y tratamiento, especialmente en personas con menor nivel educativo, destacan la necesidad de programas educativos adaptados al contexto cultural. Fortalecer políticas públicas para mejorar la educación en salud y el acceso equitativo a recursos es clave para reducir la carga de enfermedades cardiovasculares y mejorar los resultados.

2 Resumen en inglés

Introduction Acute myocardial infarction (AMI) poses a significant public health burden in Colombia and worldwide. While clinical risk factors such as hypertension, smoking, and diabetes are widely recognized, public knowledge of AMI pathophysiology, symptoms, and prevention plays a crucial role in early detection and the adoption of preventive measures. The lack of education and understanding of AMI, particularly among populations with low educational levels and socioeconomic barriers, limits the effectiveness of preventive and therapeutic interventions. Assessing knowledge and associated factors is essential to identify priority areas, develop educational strategies, and strengthen public policies focused on cardiovascular disease prevention.

Objective: To determine the clinical and demographic characteristics, as well as the level of knowledge, of patients experiencing a first-time acute myocardial infarction admitted to Hospital Universitario Mayor Méderi in Bogotá, Colombia.

Methodology: A cross-sectional descriptive observational study was conducted in a population of patients aged 18 years or older admitted to the hospital with an initial diagnosis of AMI. Data were collected through structured surveys, assessing both clinical characteristics and patients' knowledge of risk factors and treatment adherence.

Results: The study primarily included male participants (73.33%) with an average age of 57 years (± 13). Most had a primary school education level (34.43%) and worked independently (37.70%). A total of 55.74% reported monthly incomes between 1-2 million COP, 52.46% were former smokers, 21.31% had consumed alcohol recently, and 71.10% did not engage in physical activity. Clinically, 85.25% had cardiovascular history, 72.13% underwent angioplasty, and 16.39% required cardiac surgery. Only 45.90% understood the meaning of AMI, which was associated with higher education levels (85.71%). While 80.30% associated a healthy diet with lower infarction risk, only 37.70% identified syncope and 54.10% recognized chest pain as symptoms. Furthermore, 41% reported self-medication, and 59% delayed seeking medical attention.

Conclusions: This study highlights knowledge gaps and the high prevalence of modifiable risk factors, such as hypertension, smoking, and diabetes, among Colombian patients with acute myocardial infarction (AMI). Limited disease understanding and poor adherence to lifestyle and treatment recommendations, especially in individuals with lower education, underscore the need for culturally tailored educational programs. Strengthening public policies to improve health education and equitable access to resources is essential to reduce the cardiovascular disease burden and improve outcomes.

3 Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud pública que concierne no solo al sector de la salud, se necesita de un abordaje multisectorial si realmente se quiere ejercer un control. La Ley 1355 del año 2009 define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta, como una prioridad de salud pública por lo que se deben adoptar medidas para su control, atención y prevención, cabe mencionar que el artículo 19 de dicha ley promueve el desarrollo de una agenda de investigación, para estudiar los determinantes del ambiente físico y social asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad en el contexto de regiones colombianas, esto hace relevante el apoyo a proyectos de investigación innovadores enfocados en la mejora de la calidad de vida y la disminución años de vida potencialmente perdidos aportando así al desarrollo sostenible del país (1,2).

Las enfermedades crónicas representan el 65% de costos generados por enfermedades ruinosas y catastróficas para el sistema de salud como la enfermedad isquémica del corazón la cual afecta a uno de cada diez adultos siendo la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos, la enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en todo el mundo y representa el 31 % de todas las muertes en el mundo, la enfermedad coronaria representa aproximadamente el 13 % de las muertes en todo el mundo (7,4 millones) (3).

A partir del estudio de la cohorte de Framingham se conoce que la incidencia de eventos coronarios aumenta en rápida progresión con la edad y que las mujeres tienen tasas correspondientes a 10 años menos que las de los hombres, para el caso de infarto de miocardio y muerte súbita, el retardo de las tasas de incidencia en las mujeres es alrededor de 20 años, aunque el margen disminuye a edades avanzadas, la incidencia general de la enfermedad coronaria a edades entre 65 y 94 años se duplica en los varones y se triplica en las mujeres respecto a edades entre 35 y 64 años (4).

El conocimiento de las variables asociadas con cambios específicos en el estilo de vida puede ayudar a adoptar un mejor enfoque a los programas de prevención secundaria (5). En Estados Unidos han encontrado que una mejor alfabetización en salud cardiovascular se asoció con un mejor control de la hipertensión y la diabetes, así como tasas más bajas de reingresos cardiovasculares y una mayor adherencia a la medicación por lo tanto comprender las creencias, percepciones y comportamientos de los pacientes es esencial para desarrollar intervenciones que reduzcan la morbilidad y la mortalidad por cardiopatía isquémica (6).

3.1 Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características clínicas, demográficas y los conocimientos que tienen los pacientes que presentan un infarto agudo al miocardio de diagnóstico por primera vez e ingresan a un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia?

4 Objetivos de investigación

4.1 4.1 Objetivo general

Determinar las características clínicas, demográficas y los conocimientos que tienen los pacientes que presentan un infarto agudo al miocardio por primera vez e ingresan al Hospital Universitario Mayor Méderi de Bogotá, Colombia.

4.2 4.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar clínica y socio demográficamente la población de pacientes que ingresan a Méderi con primer diagnóstico de infarto agudo de miocardio.
2. Identificar la presencia de riesgo cardiovascular previo en los pacientes que ingresan a Méderi con primer diagnóstico de infarto agudo de miocardio.
3. Describir los conocimientos que tienen implementadas los pacientes previos a un infarto agudo de miocardio.

5 Marco teórico

5.1 Marco conceptual

Actualmente las enfermedades no transmisibles a nivel mundial matan aproximadamente 40'000.000 de personas al año, lo que hace de ellas la principal causa de muerte, de estas muertes, quince millones son prematuras (en personas de 30 a 70 años) y 7.000.000 se producen en países de ingresos bajos y medios-bajos, lo anterior demuestra la importancia de este tema en un país con el contexto socioeconómico y sociocultural como el nuestro donde 110.000 personas fallecen por enfermedades crónicas siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte por enfermedades no transmisibles causando 17.700.000 muertes cada año, seguidas del cáncer 8'800.000, las enfermedades respiratorias 3.900.000 y la diabetes 1.600.000; estos grupos de enfermedades corresponden a más del 80% de muertes que ocurren en países en vías de desarrollo como Colombia (2).

Las enfermedades crónicas representan el 65% de costos generados por enfermedades ruinosas y catastróficas para el sistema de salud como la enfermedad isquémica del corazón la cual afecta a uno de cada diez adultos siendo la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos, la enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en todo el mundo y representa el 31 % de todas las muertes en el mundo, y la enfermedad coronaria representa aproximadamente el 13 % de las muertes en todo el mundo (7,4 millones) (7). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea que, en la región de las Américas, aproximadamente dos millones de personas mueren a causa de las enfermedades cardiovasculares dentro de ellas las que más han contribuido a la carga de enfermedad se encuentran: cardiopatía isquémica, con 73,6 muertes por 100.000 habitantes; ataque cerebrovascular, con 32,3; otras enfermedades circulatorias, con 14,8; y enfermedad cardíaca hipertensiva, con 10,6. En Colombia ocupan la primera causa de muerte en el país siendo de las diez primeras razones por las que se pierden años de vida saludable. En el 2018 en el país se reportaron 100 muertes por cada 100.000 habitantes (2). Se notificaron 66.182 defunciones no fetales en el segundo trimestre de 2022, de las cuales el 54,7% fueron de hombres y el 45,3% de mujeres, los adultos de 60 años y más concentraron el mayor número de defunciones en el país con 47.157 casos, que equivalen al 71,3% el 21,1% de estos fallecimientos tuvo

como causa las enfermedades isquémicas del corazón en el caso de los hombres, para las mujeres las enfermedades isquémicas del corazón fueron la causa mayoritaria 18,8% (8).

A partir de la cohorte de Framingham se conoce que la incidencia de eventos coronarios aumenta en rápida progresión con la edad y que las mujeres tienen tasas correspondientes a 10 años menos que las de los varones. Para el caso de infarto de miocardio y muerte súbita, el retardo de las tasas de incidencia en las mujeres es alrededor de 20 años, aunque el margen disminuye a edades avanzadas, la incidencia general de la enfermedad coronaria a edades entre 65 y 94 años se duplica en los varones y se triplica en las mujeres respecto a edades entre 35 y 64 años (4,9). La incidencia de la enfermedad coronaria en general ha disminuido en las últimas décadas en Estados Unidos entre 114 y 133 casos por cada 100.000 persona-años de seguimiento, el descenso ha sido incluso mayor en la enfermedad cardiovascular en general (de 294 a 225 casos por cada 100.000 personas-año). Aun así, se estima que durante 2013 cada 44 segundos algún ciudadano de Estados Unidos sufrió un infarto de miocardio, en Latinoamérica la tendencia en la incidencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular se ha favorecido sobre todo por el sedentarismo, la obesidad y el tabaquismo (8).

Se presume que después de presentar un evento coronario, el riesgo de nuevos eventos aumenta considerablemente en comparación con la población general, a menos que haya un control intensivo de los factores de riesgo de cardiopatía coronaria, como la actividad física, el tabaquismo, la diabetes, la hipertensión, la hiperlipidemia y la obesidad (10)e. La Asociación Americana del Corazón mide la salud cardiovascular del país mediante el seguimiento de siete factores y comportamientos clave de salud que aumentan los riesgos de enfermedades cardíacas y ataques o derrames cerebrales estos son los "Life's Simple 7" (7 factores sencillos para vivir) se miden con el objetivo de hacer un seguimiento del progreso hacia la mejora de la salud cardiovascular de todos los estadounidenses. Los Life's Simple 7 son: no fumar, hacer actividad física, alimentarse con una dieta saludable, y controlar el peso corporal, el colesterol, la presión arterial y el azúcar en la sangre, la razón por la cual los pacientes se adhieren a las terapias y tienden a adoptar comportamientos de búsqueda de salud lo que se denomina "efecto adherente saludable" (11).

En un estudio longitudinal de tres años en pacientes que presentaron un infarto de miocardio, la adherencia a las terapias recomendadas por las guías fue efectiva para reducir la tasa de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) y para ahorrar costos, la calidad de vida relacionada con la salud es una medida importante puesto que es un predictor de mortalidad y reingresos hospitalarios en pacientes con enfermedad arterial coronaria, que son llevados a intervención coronaria percutánea (ICP) está relacionada con factores como el sexo, la edad, los síntomas de ansiedad y depresión, el número de vasos enfermos, las comorbilidades y la frecuencia de angina previa al procedimiento así mismo con la adherencia a la medicación y la modificación del estilo de vida, dos de las recomendaciones más importantes para la reducción del riesgo entre los pacientes con enfermedades cardiovasculares (12,13).

Generar herramientas que permitan profundizar en el conocimiento, como la implementación de los conocimientos de los pacientes con respecto a la cardiopatía isquémica es fundamental para desarrollar intervenciones en el sistema educativo y de salud para reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la cardiopatía isquémica (14); las personas que viven en áreas rurales tienen un conocimiento y una conciencia baja sobre los problemas de salud cardiovascular, tiene un bajo conocimiento de los síntomas relacionados con un ataque al corazón o un derrame cerebral, también es más probable que tengan una autoeficacia baja para leer las etiquetas de los alimentos y cocinar alimentos saludables para el corazón (15), el tener un conocimiento limitado en la salud cardiovascular se asocia a un bajo riesgo percibido de la enfermedad cardiovascular, lo que ha demostrado que por lo general la población entiende los factores cardiovasculares como una combinación de los factores enseñados por los médicos y otros por el conocimiento indirecto que obtienen a partir de experiencias de familiares y amigos que se les diagnosticó cardiopatía isquémica sin embargo el tener

antecedentes familiares de enfermedades crónicas no transmisibles no se relaciona con mejores conocimientos o hábitos de salud o una buena dieta o adherencia a ejercicio (16,17).

En Estados Unidos han encontrado que una mejor alfabetización en salud cardiovascular se asoció con un mejor control de la hipertensión y la diabetes, así como tasas más bajas de reingresos cardiovasculares y una mayor adherencia a la medicación (6), por lo tanto comprender las creencias, percepciones y comportamientos de los pacientes es esencial para desarrollar intervenciones que reduzcan la morbilidad y la mortalidad por cardiopatía isquémica.

Las personas con cardiopatía coronaria se benefician significativamente de la actividad física, ya que se relaciona a tasas de mortalidad más bajas y menores complicaciones asociadas a la cardiopatía coronaria, el ensayo multicéntrico NAVIGATOR demostró que el riesgo posterior de un evento cardiovascular está inversamente asociado con el cambio en la actividad ambulatoria en personas con alto riesgo de ECV un aumento o disminución en la actividad ambulatoria diaria de 2000 pasos entre el inicio y los 12 meses se asoció con un riesgo de eventos ECV 8% mayor o menor, respectivamente (18,19). El garantizar una adecuada adherencia a las medidas farmacológicas dadas al momento del diagnóstico de la enfermedad es un problema de salud pública ya que en nuestra población colombiana la valoración médica posterior al egreso hospitalización no es tan rápida como se plantea dejando durante el primer mes a los pacientes sin un seguimiento de su patología, por lo anterior el uso de medidas tecnológicas para garantizar seguimiento a los pacientes es una iniciativa eficaz ya que permite un acercamiento al paciente previo a tener una cita recordando la importancia de la patología cardiovascular que padece, se han demostrado que el uso de mensajes de texto pueden ser efectivos para reducir el riesgo de cardiopatía coronaria; se realizó un estudio de cohorte observacional de métodos mixtos de mensajería de texto automatizada y enfermería remota como parte de los programas de diabetes recordando a los pacientes la toma de medicamentos, alimentación saludable, cuidado de pies, ejercicio y control de glucosa, así como autoeficacia, apoyo social, y medidas de creencia de salud en este estudio, se utilizó la teoría del comportamiento para informar, identificar y evaluar la eficacia de la intervención del teléfono móvil (11,20,21).

El fenómeno “efecto adherente saludable”; es un problema reconocido en los estudios realizados para evaluar los efectos de los medicamentos y los resultados de estos en salud, esto explica por qué los resultados cardiovasculares de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) han tenido resultados diferentes de los estudios observacionales previos un ejemplo de esto es la terapia o bloqueo neurohormonal, esta se asoció con una reducción de la enfermedad cardiovascular en un gran estudio observacional (estudio Nurses' Health) (22); sin embargo, no se observaron beneficios cardiovasculares en ECA posteriores, así mismo un estudio con beta bloqueadores demostró que un efecto adherente saludable podría conducir parcialmente a una sobreestimación de los verdaderos efectos de los betabloqueantes en la reducción de los riesgos cardiovasculares (23,24). Numerosos estudios han abordado los problemas relacionados con la adherencia a la medicación y la modificación del estilo de vida en pacientes después de ser diagnosticados con cardiopatía isquémica, en un estudio realizado en Corea del Sur se demostró que la adherencia a la medicación, la modificación del estilo de vida sugiere la posible presencia del efecto adherente saludable en pacientes postinfarto agudo de miocardio, así mismo después de un mayor ajuste de la calidad de vida, la asociación se mantuvo, para mejorar el resultado de salud en pacientes post-IAM, refieren que es importante la detección temprana de pacientes con mala adherencia a la medicación y la modificación del estilo de vida y los programas de educación motivacional para mejorar la adherencia además, el efecto adherente saludable debe considerarse en la investigación clínica en particular en los estudios que evalúan los efectos de las terapias en los resultados de salud (25,26).

El proyecto BLITZ-4 realizado en Italia entre los años 2009 a 2010 evaluó 136 pacientes con infarto agudo de miocardio con o sin elevación del ST realizaron un seguimiento durante 6 meses, el objetivo del proyecto era mejorar la calidad de la atención a los pacientes con IAM el proyecto se llevó a cabo en 2 fases, la primera fase midieron 32 indicadores de desempeño y cada centro recibió un informe para comparar la calidad de la atención

local con un punto de referencia nacional, en la segunda fase se realizó 75 días después de la primera, se inscribieron igual número de pacientes para evaluar el impacto de la campaña anterior en las medidas de desempeño el estilo de vida de los pacientes se clasificó mediante un cuestionario previamente utilizado en los ensayos GISSI Prevenzione 13 y GOSPEL14, puntuando el ejercicio y el consumo de verduras, frutas y pescado, tanto al ingreso como a los seis meses de seguimiento, en una escala ordinal de 1 a 4 en función de la frecuencia de consumo: Ejercicio (caminar ≥ 30 min por día): puntuación 1 = nunca, 2 = una–dos veces/semana, 3 = tres–cinco veces/semana y 4 = todos los días. Consumo de pescado: puntuación 1 = nunca, 2 = una vez/semana, 3 = dos veces/semana y 4 = más de dos veces/semana. Ingesta de frutas y verduras: puntuar 1 = nunca, 2 = dos–tres veces/semana, 3 = una vez al día y 4 = más de una vez al día. Se llegó a la conclusión que seis meses después del IAM, a pesar de una alta adherencia a los tratamientos farmacológicos, el logro de las metas de tensión arterial, colesterol LDL y diabetes sigue siendo insatisfactoria(27,28) Los indicadores de estilos de vida más saludables mejoraron después del alta, pero el ejercicio y la ingesta de pescado siguen siendo insuficientes (29–31).

El acceso a una visita cardíaca posterior al alta y la derivación a rehabilitación cardíaca se asoció con una mejor adherencia a estilos de vida saludables. El conocimiento de las variables asociadas con cambios específicos en el estilo de vida puede ayudar a adoptar un mejor enfoque a los programas de prevención secundaria (5). El análisis multivariable sobre los predictores de una mala adherencia a estilos de vida saludables proporcionó tres mensajes claves: primero los predictores de una buena adherencia a los estilos de vida recomendados difieren según las características del paciente, lo que sugiere la necesidad de intervenciones personalizadas por ejemplo, la edad joven es un predictor independiente de la persistencia en el tabaquismo, pero también predice una mejor adherencia a la ingesta de pescado, el sexo femenino y la diabetes predicen una mala adherencia al ejercicio, y los pacientes con EPOC son menos propensos a dejar de fumar, en segundo lugar una visita cardíaca posterior al alta se asocia de forma independiente con una mejor adherencia al abandono del hábito de fumar y al ejercicio (32), esta observación confirma la utilidad de una visita cardíaca después del alta para reforzar los mensajes y monitorear la adherencia de los pacientes, en tercer lugar la derivación a rehabilitación cardíaca es el único predictor común para los cuatro estilos de vida saludables recomendados evaluados en el estudio (33).

En el estudio PREMIER7, evidencio que la derivación a rehabilitación cardíaca se asoció fuertemente con las tasas de abandono del hábito tabáquico, mientras que el asesoramiento individual fue ineficaz. Los resultados del proyecto BLITZ-4 refuerzan el concepto de que la rehabilitación cardiaca es el estándar de oro para alcanzar los objetivos de prevención secundaria a los seis meses y el registro ICAROS, que investigó la adherencia a los estilos de vida recomendados tras la rehabilitación cardiaca, mostró una muy alta proporción de pacientes con hábitos saludables al cabo de un año (30,31,34,35). Dos meta análisis confirmaron que la rehabilitación cardíaca puede reducir la mortalidad posterior al alta hasta en un 20-26 %, y las pautas para el manejo del IAMCEST de la Fundación del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón (ACCF/AHA, por sus siglas en inglés) sugieren que la rehabilitación cardíaca en pacientes de alto riesgo es beneficiosa Rauch et al. Confirmaron el efecto favorable de la rehabilitación cardíaca incluso en condiciones de intervenciones terapéuticas agudas ajustadas a las guías actuales. Sin embargo, menos de la mitad de los pacientes cardiovasculares elegibles se benefician de la rehabilitación cardíaca en la mayoría de los países europeos (36–38).

5.2 Estado del arte

La enfermedad coronaria representa la principal causa de muerte cardiovascular en Colombia, con una prevalencia que alcanza el 56,3% entre las muertes generadas por enfermedad cardiovascular, a pesar de que hasta los 60 años hay casi el doble de incidencia en hombres, las mujeres tienen peores desenlaces clínicos (39). El retraso en el tratamiento de un paciente con infarto agudo de miocardio favorece al aumento de la mortalidad, la terapias de intervención coronaria percutánea se debe realizarse en los primeros 90 minutos posteriores al

diagnóstico, así como la terapia de trombólisis dentro de los 30 minutos posteriores al ingreso al hospital, todas estas medidas ayudan a disminuir la mortalidad, sin embargo se ha demostrado que la falta de conocimientos actitudes y practicas lleva también a un riesgo de mortalidad y morbilidad es por ello que hay que aumentar los esfuerzos en mejora de calidad de vida y adherencia a terapias médicas (40) ya que a pesar de las mejoras y el avance de la ciencia por un tratamiento médico óptimo la carga de esta enfermedad sigue siendo alta, el reconocimiento temprano de los síntomas son importantes para un tratamiento adecuado y prevenir resultados clínicos no deseados, se demostró que un mayor conocimiento de signos y síntomas del infarto de miocardio se asocia a un acceso más rápido al servicio de urgencias (41).

Las mejoras de supervivencia después de un infarto de miocardio se han atribuido a medidas de prevención secundaria que incluyen programas de rehabilitación cardiaca los cuales se asocian a una mejora en la calidad de vida de los pacientes, un estudio realizado en Inglaterra y Escocia en el cual elaboraron entrevistas semiestructurada identificó que los consejos sobre la frecuencia e intensidad del ejercicio a seguir a menudo no eran claros y confusos lo que afectaron la autoeficacia de los participantes para hacer ejercicio, así mismo los bajos niveles socioeconómicos, el estado de peso, la presencia de comorbilidades y baja capacidad de ejercicio explican la variación en el comportamiento frente a la actividad física (42).

Se define efecto adherente saludable al fenómeno en el que los pacientes se adhieren a las terapias y tienden a adoptar conductas de búsqueda en salud; la asociación estadounidense del corazón comenta que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un predictor de mortalidad y reingresos hospitalarios en paciente en enfermedad arterial coronaria y que la CFRS después de una intervención coronaria percutánea está relacionada con factores como sexo, edad, ansiedad, síntomas depresivos, número de vasos enfermos, comorbilidades y la frecuencia de angina previa al procedimiento así como la adherencia a la medicación y modificación del estilo de vida (33). Otro estudio realizado en Corea del Sur que incluyó 11 hospitales universitarios en diferentes centros de regionales del país reclutó 417 participantes post- infarto tratados con intervención coronaria percutánea para evaluar la asociación entre la adherencia a la medicación y modificación del estilo de vida encontrando que las mujeres tienen una mayor adherencia a la modificación del estilo de vida, así como los participantes de mayor edad, casados, bajo nivel educativo y de ingresos, también demostró que una baja adherencia a la medicación se asocia con un estilo de vida poco saludable (43).

El estudio *Interheart* mostró que nueve factores de riesgo modificables (lípidos anormales, tabaquismo, hipertensión, diabetes, obesidad abdominal, factores psicosociales, consumo de frutas y verduras, consumo regular de alcohol y actividad física regular) estaban asociados con más del 90% del riesgo de un infarto agudo de miocardio en este gran estudio global de casos y controles (41,44) Los factores de riesgo modificables y los comportamientos relacionados con un estilo de vida poco saludable son los principales determinantes de la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV), si se eliminaran todas las formas de ECV, la esperanza de vida aumentaría en aproximadamente siete años, por lo tanto para desarrollar intervenciones positivas en la población es importante conocer las características de la población, varios estudios han utilizado métodos cualitativos para estudiar las "percepciones, la conciencia y la actitud" de los participantes hacia los factores de riesgo de ECV, los participantes de los estudios demostraron diferentes niveles de comprensión y actitudes hacia los factores de riesgo de ECV en el estilo de vida la mayoría de los participantes conocían los factores de riesgo de ECV modificables sin embargo las limitaciones para mejorar el estilo de vida con respecto a la actividad física y la dieta fueron la falta de información sobre cómo cocinar y preparar alimentos saludables, preferencias alimentarias, la situación económica de las familias, estrés y apetitos incontrolables, preocupación por desperdicio de alimentos, falta de tiempo (45,46).

Para una gran población que presenta un infarto de miocardio con evidencia de enfermedad coronaria, se indica el uso de estatinas, antiplaquetarios e inhibidores de sistema de angiotensina los medicamentos tienen un efecto aditivo asociándose a un menor mortalidad y morbilidad así mismo menores costos para el sistema de salud sin

embargo se ha demostrado que aproximadamente la mitad de los pacientes interrumpen la medicación a los 12 meses (33) adicionalmente al uso farmacológico en prevención secundaria se indica la terapia de rehabilitación cardiaca y la actividad física como medida para reducir la mortalidad cardiovascular y mejorar la calidad de vida. Cochrane en el 2014 realizó una revisión para evaluar las intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación donde se demostró que las intervenciones eran costosas de implementar a escala, un análisis por otro lado evidencia que las estrategias disponibles para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico después de un infarto los recordatorios por medio de correo electrónico eran los más rentables, posteriormente hacia el 2019 se identificó que las intervenciones de costo bajo como cartas y mensajes de texto eran exitosas y se adaptan a barreras sin embargo concluyó que se requería de más ensayos para informar las mejores prácticas (47). El estudio ISLAND un ensayo clínico aleatorio realizado en Ontario, Canadá donde participaron 2.632 paciente con infarto agudo de miocardio fueron asignados al azar para recibir tratamiento habitual comparado con otros a los cuales se les envió correos electrónicos y llamadas telefónicas programadas a fin de detectar incumplimiento del tratamiento, se evidenció que la mayoría terminó con éxito la terapia de rehabilitación sin embargo esto no se asociaba con una adherencia a la medicación, por lo que se crean nuevas estrategias para asegurar una mejor adherencia a la medicación (48).

En América Latina se sabe poco y no hay estudios relacionados con los conocimientos, actitudes y practicas (CAP) no existen cuestionarios confiables o aprobados que hablen sobre el tema enfocado en nuestra población y son los factores culturales, sociales, económicos y ambientales los que juegan un papel importante en la realización de conductas para controlar los desenlaces de la enfermedad cardiovascular.

6 Formulación de hipótesis de investigación

No aplica

7 Metodología

7.1 Tipo de diseño de investigación

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

7.2 Población y muestra

7.2.1 Descripción de población de estudio

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad que ingresaron a Méderi con dolor torácico con diagnóstico clínico, bioquímico o electrocardiográfico de infarto agudo de miocardio de origen isquémico.

7.2.2 Definición de unidad de análisis

La unidad estuvo conformada por pacientes de 18 y más años de edad que ingresaron a un hospital de IV nivel en quienes se les diagnóstico por primera vez infarto agudo de miocardio de origen isquémico

7.4 Criterios de selección

7.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes que proporcionaron su consentimiento informado para participar en la investigación
- Pacientes hombres y mujeres de 18 y más años

- Pacientes con diagnóstico por primera vez de infarto agudo de miocardio mediante electrocardiograma, elevación de biomarcadores cardíacos (troponina y delta de troponina) con o sin dolor torácico
- Pacientes llevados a: trombólisis y/o arteriografía más angioplastia coronaria y/o llevados a revascularización miocárdica abierta

7.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que no estuvieron dispuestos o no fueron capaces de responder los cuestionarios o participar en las entrevistas para evaluar sus conocimientos (discapacidad cognitiva diagnosticada).
- Pacientes que fueron trasladados a otros hospitales o instituciones de salud antes de la realización de algún procedimiento diagnóstico y/o de tratamiento (arteriografía más angioplastia coronaria y/o llevados a revascularización miocárdica abierta).
- Pacientes con afecciones médicas graves que pudieron afectar significativamente su capacidad para proporcionar información precisa o que puedan influir en la presentación clínica del infarto (etapas terminales de cáncer, enfermedad renal crónica, coronaria y hepática)

7.5 Método de muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo de estudio; se llevó a cabo durante seis meses la inclusión de pacientes, recolección de datos y análisis por correspondencia el cual se realizó de acuerdo a los diferentes grupos de pacientes identificados en el estudio. Se invitaron a participar de manera consecutiva a los pacientes que ingresaron al hospital con los criterios de selección.

7.5.1 Cálculo del tamaño de la muestra

Dada la naturaleza descriptiva del estudio no se realizó la estimación de un tamaño de muestra, se incluyeron 61 sujetos en el periodo de recolección.

Tabla 1. Variables

Grupo	Variable	Definición	Escala Medición	Tipo de variable	Relación entre variables	Objetivo por el cual se utiliza
Sociodemográficas	Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	1 Femenino 2 Masculino	Nominal	Descriptiva	OBJ1
	Edad	Lapso de tiempo medido en años que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia	Edad en años cumplidos	Discreta	Descriptiva	OBJ1
	Nivel Educativo	Determinado por una serie ordenada de programas educativos agrupados en relación a una gradación de las	1 Primaria 2 Secundaria 3 Universitario 4 Técnico / Tecnológico	Nominal, Politómica	Descriptiva	OBJ1

		experiencias de aprendizaje, conocimiento, habilidades y competencias.	5 Post Grados			
	Estado civil	Situación jurídica de una persona frente a su familia y la sociedad que determina su capacidad para ejercer derechos y adquirir obligaciones	1 Soltera 2 Casado 3 Unión libre 4 Separado 5 Viudo	Nominal, politómica	Descriptiva	OBJ1
	Situación labora en los últimos 12 meses	Situación de trabajo durante los últimos 12 años	Tipo de empleo (se amplían preguntas en cuestionario adjunto)	Nominal, politómica	Descriptiva	OBJ1
	Tabaquismo	Enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas.	1 Sí 2 No	Nominal, dicotómica	Descriptiva	OBJ1 y 2
Comportamiento	Consumo alcohol	Cantidad ingerida de bebida alcohólica, aquella bebida en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida	1 Sí 2 No	Nominal, dicotómica	Descriptiva	OBJ1 y 2
	Dieta	Hábitos nutricionales según Método progresivo de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (STEPS)	Consumo de frutas y verduras Consumo de sal Consumo de azúcar	Nominal politómica	Descriptiva	OBJ1 y 2
	Actividad física	Movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía	1 Sí 2 No	Nominal, dicotómica	Descriptiva	OBJ1 y 2
Cínicas	Perímetro abdominal	Evaluación cuantitativa de perímetro abdominal en centímetros en un intervalo definido por la OMS como máximo saludable 88 centímetros en la mujer y 102 hombre	Número en centímetros del perímetro abdominal	Numérica, continua	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
	Antecedentes de enfermedades cardiovasculares	Evaluación cuantitativa de antecedentes de	1 Sí 2 No	Nominal, dicotómica	Independiente	OBJ 1, 2 y 3

		enfermedades cardiovasculares.				
	Patología cardiovascular	Según antecedentes, cual (es) patologías sufre: HTA DM, Dislipidemia, Obesidad	1 Sí 2 No	Nominal, dicotómica	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
	Presión arterial Sistólica	Evaluación cuantitativa en mmhg de presión arterial sistólica	mm/hg	Ordinal, discreta	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
	Presión arterial Diastólica	Evaluación cuantitativa en mmhg de presión arterial diastólica	mm/hg	Ordinal, discreta	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
	IMC	Evaluación de la relación entre el peso y la talla	1 Bajo peso 2 Normal 3 Sobrepeso 4 Obesidad	Nominal	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
Resultados	Fracción de eyección	Medición del volumen de la sístole del ventrículo izquierdo en el Ecocardiograma	%	Numérico, razón	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
	Presencia de trombos intracavitarios en el corazón	Descripción de la presencia de trombos en cualquiera de las cavidades cardíacas	1 Sí 2 No	Nominal	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
	Valvulopatías	Descripción de alteraciones de las válvulas cardíacas	1 Sí 2 NO	Nominal	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
	Otro (cuál)	Presencia de otra (s) alteraciones mecánicas y/o estructurales descritas en el corazón (de interés)	1 Sí 2 No	Nominal	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
	Vasos coronarios afectados	Número y vasos comprometidos descritos en la arteriografía coronaria	Hallazgos reportados en historia clínica	Nominal, politómica	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
	Manejo coronario en arteriografía	Implantación de stent coronario	1 Sí 2 No	Nominal	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
	Cirugía Cardiovascular		1 Sí 2 No	Nominal	Independiente	OBJ 1, 2 y 3
	Electrocardiograma	Presencia de alteración electrocardiográfica al ingreso descrita por cardiología	1 Supra desnivel del ST 2 Infradesnivel del ST 3 Normal	Nominal, politómica	Independiente	OBJ 1, 2, 3, 4 y 5
	Troponina	Valor de troponina registrado en laboratorio (ng/ml)	Valor	Numérica Continua	Independiente	OBJ 1, 2, 3, 4 y 5

	LDL	Valor de lipoproteína de baja densidad registrado en laboratorio	mg	Numérica Continua	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5
	HLD	Valor de lipoproteína de alta densidad registrado en laboratorio	mg	Numérica Continua	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5
	Triglicéridos	Valor de triglicéridos registrado en laboratorio	Mg	Numérica Continua	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5
	Colesterol total en sangre	Valor de colesterol total registrado en laboratorio	mg	Numérica Continua	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5
	Framingham	Riesgo cardiovascular identificado	% de muerte en 10 años	Numérico, razón	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5
	Glicosilada	nivel promedio de glucosa o azúcar en la sangre durante los últimos tres meses	%	Numérico, razón	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5
	Conocimientos	Valoración de los conocimientos de la enfermedad cerebrovascular	1. Conoce e implementa medidas para mejorar su salud cardiovascular 1. Si 2. No	Nominal	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5
	Fecha de ingreso al hospital	Día de ingreso a la institución	Fecha de ingreso	Numérico, razón	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5
	Fecha de egreso al hospital	Día de salida a la institución	Número de días hospitalizado	Numérico, razón	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5
	Fecha de ingreso a la UCI	Día de ingreso a la unidad de cuidado intensivo	Fecha de ingreso	Numérico, razón	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5
	Fecha de egreso a la UCI	Día de egreso a la unidad de cuidado intensivo	Número de días en la unidad	Numérico, razón	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5
	Condición de egreso	Condición al momento del alta	1. Vivo 2. Muerto	Nominal	Independiente	OBJ 1, 2,3, 4 y 5

8.6 Procedimientos de recolección y sistematización de la información

Se identificaron los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión en los servicios de urgencias y cardiología Hospital Universitario Mayor Méderi de Bogotá, se recopiló información clínica y demográfica de los pacientes, incluyendo edad, género, antecedentes médicos y detalles del diagnóstico de infarto agudo al miocardio mediante encuestas y entrevistas donde se evaluaron los conocimientos de los pacientes sobre los factores de riesgo, la enfermedad y su manejo, estas encuestas fueron realizadas por los investigadores.

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas y demográficas de la población de pacientes, se calcularon promedios, desviaciones estándar y distribuciones para las variables clínicas y

demográficas por medio de la herramienta REDCap se ajustaron variables de interés, se analizaron las respuestas de las encuestas o entrevistas donde se evaluó su relación con los conocimientos hacia esta patología.

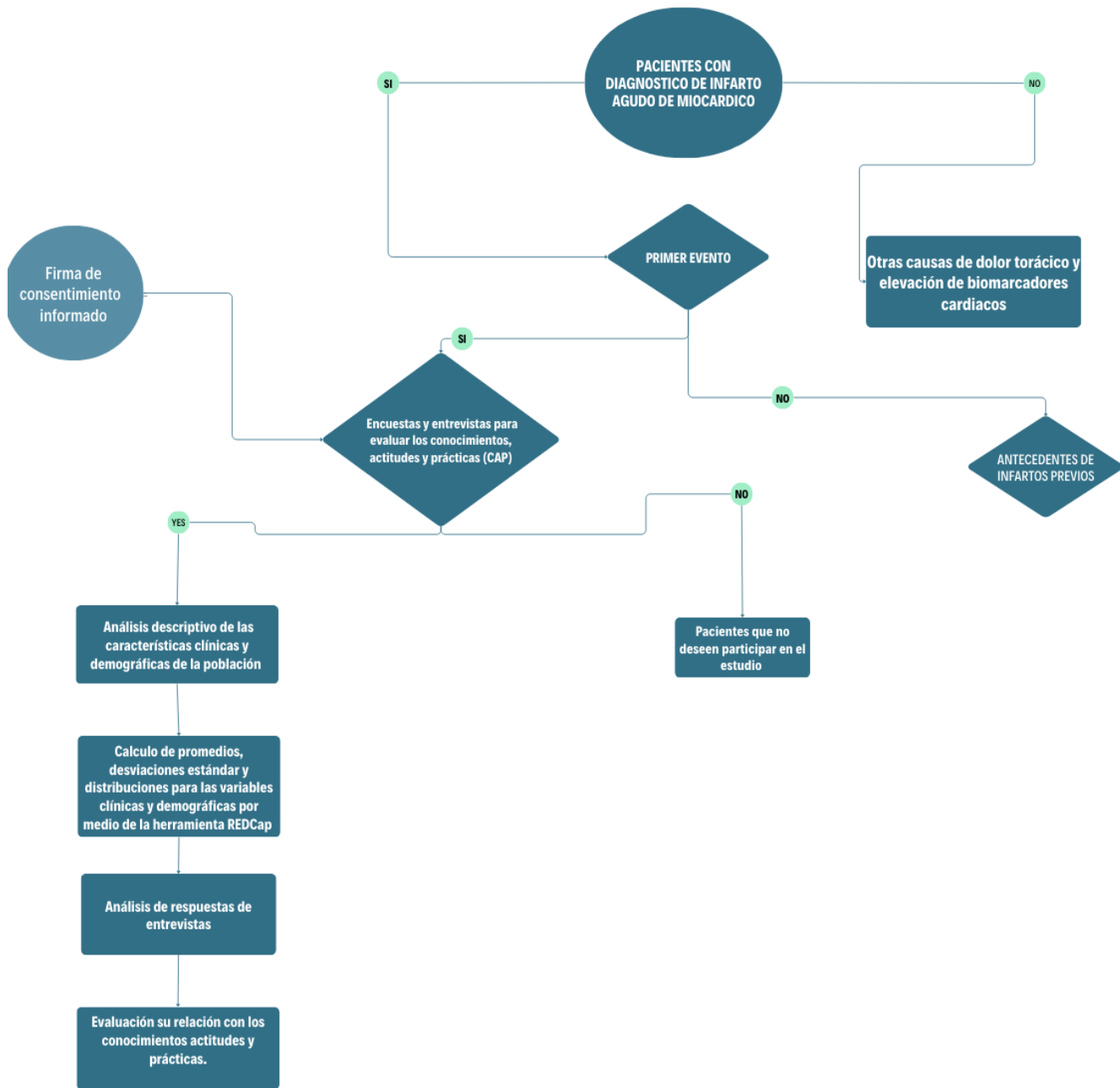
7.7 Instrumentos de recolección

Se definió una herramienta que incluía las variables del estudio en la plataforma REDCap licenciada en Méderi. Además, se implementó el Método progresivo de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (STEPS) como una de las herramientas en el estudio.

7.8 Personal que interviene y responsabilidades

NOMBRE	PERFIL/CARGO	RESPONSABILIDADES
José Alejandro Daza	Tutor metodológico, epidemiólogo de Investigaciones, Hospital Mayor Méderi	Concepción de la idea, estructuración protocolo, análisis y discusión de resultados, análisis y discusión de resultados.
Lina María Ortiz Sierra	Médico General	Estructuración de protocolo, revisión de registros clínicos, recolección de información, análisis y discusión de resultados.
Paul Gamboa	Médico Cardiólogo Intervencionista	Revisión de la literatura, análisis de la información.
Juan Mauricio Pardo Oviedo	Tutor temático	Revisión de la literatura, análisis de la información.

7.8.1 Descripción del proceso de recolección de la información



7.9 Plan de análisis

La información se recolectó con el uso de la herramienta REDCap licenciada en Méderi. Se obtuvo una base de datos que fue revisada y depurada. Se aplicaron técnicas de análisis descriptivo haciendo uso del paquete estadístico STATA versión 17 licenciado en Méderi. En las variables categóricas se describieron como frecuencias absolutas (número) y relativas (porcentajes). En el caso de las variables continuas se presentaron según su distribución. Por su media y desviación estándar (distribución normal) o mediana y rango intercuartílico

(distribución no normal). En el caso de las variables continuas se presentaron según su distribución. Por su media y desviación estándar (distribución normal) o mediana y rango intercuartílico (distribución no normal).

8 Consideraciones éticas

El protocolo de estudio fue sometido y aprobado por el Comité de Investigaciones de Méderi y el Comité de Ética de la Universidad del Rosario.

8.1.1 Beneficios potenciales del estudio para el sujeto de investigación

Los resultados de este estudio proporcionaron una mejor comprensión del impacto a corto y largo plazo que tienen los conocimientos en estudio así como su relación con una adopción de mejores hábitos para una impactar en la calidad de vida de los pacientes, lo que permitió evidenciar las áreas de mejora en los planes de manejo actuales y guiar la toma de decisiones, las estrategias clínicas y la planificación de intervenciones de apoyo y rehabilitación que mitiguen los efectos secundarios, las secuelas funcionales y estéticas en los pacientes

9 Gestión de datos de investigación

El manejo de la base de datos derivada de esta investigación se llevó a cabo con estricto cumplimiento de las normativas de protección de datos y ética en la investigación médica. El acceso a la base de datos estuvo restringido a los participantes del proyecto, quienes realizaron el registro de los datos durante el seguimiento a los pacientes. La custodia de la base de datos estuvo a cargo del líder del registro e investigador principal, quien se aseguró de su integridad y seguridad. El tiempo de uso de la base de datos fue limitado al período necesario para el registro y análisis de los resultados de la investigación y la obtención de conclusiones relevantes, fue en un periodo de 6 meses. Una vez se completó el estudio, se garantizó que los datos se mantuvieran protegidos y almacenados de forma segura, cumpliendo con las políticas de retención de datos del hospital y las regulaciones vigentes.

Para incluir escalas de conocimientos para los pacientes del servicio de cardiocirculatoria en la base de datos, se utilizaron cuestionarios validados y ampliamente reconocidos en la literatura científica, siendo estos el instrumento método progresivo (STEPS) así mismo se adaptó la encuesta de conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas con el Ataque Cerebrovascular Isquémico la cual fue implementada en la investigación “Factores Asociados a Los Conocimientos, Percepciones Y Prácticas Frente a La Atención De Urgencias Relacionadas Con El Accidente Cerebrovascular En Bogotá, 2023”. Se registraron los resultados de estas escalas, asegurando la confidencialidad y anonimato de los pacientes. Asimismo, se tomaron en cuenta consideraciones adicionales para salvaguardar la privacidad y derechos de los pacientes, tales como la obtención de consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio y la utilización de medidas de seguridad informática para prevenir accesos no autorizados.

10 Cronograma

10.1.1 ACTIVIDAD	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M10	M11	M12	M13
Definición de pregunta de investigación y construcción de protocolo	X	X	X										

Sometimiento comités de investigación Méderi y comité de ética de la UR		X	X	X									
Firma de acta de inicio				X									
Reclutamiento				X	X	X	X						
Recolección Y tabulación de la información				X	X	X	X	X					
Análisis de datos					X	X	X	X	X				
Reporte de informe de avance						X			X				
Estructuración de informe final										X	X	X	
Redacción y sometimiento de artículo												X	X

11 Resultados

En el periodo del estudio se incluyeron 61 personas que consultaron al Hospital Universitario Mayor Méderi y cumplían criterios de selección. La edad promedio fue de 67 años (± 13), el 73,77% eran hombres, el 34,43% con educación hasta primaria, el 50,82% su estado civil era casados, el 37,70% su ocupación era trabajo independiente, con un promedio de salario entre 1 a 2 millones de pesos mensuales (55,74%), la mayoría pertenecientes a un estrato 2 (40,98%); el 52,46% con antecedente de tabaquismo, mediana de edad de inicio de fumar 16,5 años, mediana de edad cuando dejó de fumar 21,2 años (DS 16,6), el 80,33% refirió consumir alcohol al menos una vez al mes, el 21,31% refirió consumo de alcohol 30 días antes del ingreso a la institución (Tabla 2).

En cuanto a las variables clínicas, el 85,25% de los participantes reportó antecedentes de enfermedades cardiovasculares, siendo la hipertensión arterial el factor más prevalente, con un 68,85%, seguida por la diabetes mellitus (27,87%) y la dislipidemia (26,23%). La obesidad se registró en el 14,75% de los sujetos. El perímetro abdominal tuvo una mediana de 88,3 cm, mientras que el peso y la talla presentaron medianas de 70 kg y 166 cm, respectivamente, lo que situó el índice de masa corporal (IMC) en el rango de 25 a 29,9.

En cuanto a los parámetros clínicos, la fracción de eyección promedio fue del 51%, con un rango que fluctuó entre el 18% y el 69%, y el número promedio de vasos coronarios afectados fue de dos. La mayoría de los casos (98,36%) correspondieron a IAM de origen aterosclerótico, el 72,13% de los participantes requirieron angioplastia coronaria, el 16,39% cirugía de revascularización miocárdica, y solo el 3,28% manejo médico.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la población con IAM por primera vez en Méderi

Variable	Descripción	N	%
Edad	Media (DS)	67 (13)	-
Sexo	Femenino	16	26,23
	Masculino	45	73,77
Educación	Primaria	21	34,43
	Secundaria	19	31,15
	Universitario	7	11,48
	Técnico	13	21,31
	Posgrado	1	1,64
Estado Civil	Soltero	10	16,39
	Casado	31	50,82
	Unión libre	14	22,95
	Separado	2	3,28
	Viudo	4	6,56
Ocupación	Empleado(a)	11	18,03
	Trabajador(a) independiente	23	37,7
	No remunerado(a)	3	4,92
	Amo(a) de casa	1	1,64
	Pensionado(a)	22	36,07
	Desempleado(a) (no puede trabajar)	1	1,64
Ingresos	No tiene ingresos	1	1,64
	Entre \$500.000 y \$1.000.000	15	24,59
	Entre \$1.000.000 y \$2.000.000	34	55,74
	Entre \$2.000.000 y \$5.000.000	9	14,75
	Entre \$5.000.000 y \$10.000.000	2	3,28
Estrato	1	4	6,56
	2	30	49,18
	3	25	40,98
	4	2	3,28
Tabaquismo	Sí	32	52,46
	No	29	47,54
Consumo de Alcohol	Sí	49	80,33
	No	12	19,67

Fuente: elaboración propia.

Respecto a las alteraciones electrocardiográficas, el 21,31% de los electrocardiogramas presentaron con una elevación del ST y el 90,16% no presentaron fibrilación auricular. Los valores bioquímicos mostraron una mediana de troponina de 123,08 ng/ml, LDL de 108,14 mg/dl, HDL de 39 mg/dl, triglicéridos de 140,6 mg/dl, colesterol total de 184 mg/dl y hemoglobina glicada de 5,8% (Tabla 3).

Tabla 3. Características clínicas de la población con IAM por primera vez en Méderi

Variable	Sí (%)	No (%)
Antecedentes cardiovasculares	85.25	13.11
Hipertensión arterial	68.85	31.15
Diabetes mellitus	27.87	72.13
Dislipidemia	26.23	73.77
Obesidad	14.75	85.25
Trombos en el ECOTT	3.28	96.72
Alteraciones valvulares	3.28	96.72
Otras alteraciones mecánicas (ECOTT)	0.00	100.00
Origen enfermedad coronaria	98.36	1.64
Requirió angioplastia	72.13	27.87
Requirió cirugía cardiovascular	16.39	83.61
Requirió manejo médico	3.28	96.72
Presentó fibrilación auricular	9.84	90.16
Requirió ingreso a UCI	57.38	42.62
Estado al egreso: Vivo (%)	100.00	-

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al riesgo cardiovascular, el puntaje de Framingham presentó una media de 22% En relación con la atención hospitalaria, el 57,28% de los participantes requirieron ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI), con una mediana de estancia de 5 días. Todos los 61 participantes (100%) egresaron vivos (Tabla 4).

Tabla 4. Características paraclínicas de la población con IAM por primera vez en Méderi

Variable	Valor promedio o Mediana (RIQ)	Rango
Perímetro abdominal (cm)	88.3 Media (± 15.9)	56-129
Peso (kg)	70 Mediana (76.5-63.5)	45-110
Talla (cm)	166 Mediana (170-160)	138-180
IMC	3 Mediana (3-2)	1-abr
Presión arterial sistólica (mmHg)	126.5 Mediana (134-112)	60-173
Presión arterial diastólica (mmHg)	76 Mediana (79.5-69.5)	42-94
Función sistólica del VI (ECOTT) (%)	51 Mediana (58-42)	18-69
Número de vasos enfermos	2 Mediana (3-1)	5-ene
Troponina	123.03 Mediana (519-65.41)	85185-2.18
LDL	108.14 Mediana (147-80)	176-36.3
HDL	39 Mediana (44-33)	164-20
Triglicéridos	140.6 Mediana (192-98)	360.72-52.78
Colesterol	184 Mediana (219.3-139.3)	368.2-100
Score de Framingham	22 Mediana (25-13)	100-1
Hemoglobina glicosilada (%)	5.8 Mediana (6.2-5.5)	17.7-4.9
Tiempo de estancia en UCI (días)	5 Mediana (9-3)	9-3 (RIQ)

Fuente: elaboración propia.

Respecto a los hábitos alimenticios, el consumo de frutas presentó una mediana de al menos tres veces por semana, con una porción por ocasión, para el consumo de verduras, se observó un patrón similar. En cuanto al uso de aceites, el 100% de los participantes reportó consumir aceite vegetal.

En relación con la actividad física, el 72,10% de los participantes indicó no realizar ninguna actividad. Entre aquellos que sí realizaban actividad física, el 24,59% refirió practicar actividad física más de tres días a la semana. Respecto al tiempo promedio que los participantes pasaban sentados o recostados en un día típico, la mediana fue de tres horas (Tabla 5).

Tabla 5. Factores de riesgo cardiovasculares en relación con el comportamiento de la población con IAM por primera vez en Méderi

Variable	Valor
Tabaquismo (Fumadores)	52.46%
Tabaquismo (No Fumadores)	47.54%
Frecuencia de Fumar a Diario (%)	9.38%
Edad de inicio del Tabaquismo (media)	16.5 años (RIQ 18.5-14.5)
Tiempo sin fumar (media)	21.2 años (DS 16.6)
Consumo de Alcohol (Consumidores)	80.33%
Consumo de Alcohol (No Consumidores)	19.67%
Frecuencia de Consumo (semanal)	21.31%
Frecuencia de Consumo (mensual)	24.59%
Frecuencia de Consumo (semestral)	16.39%
Consumo en los últimos 30 días (Sí)	21.31%
Consumo en los últimos 30 días (No)	77.05%
Días en que consumen frutas	Mediana 3 (RIQ 5-1)
Porciones de frutas	Mediana 1 (RIQ 1-1)
Días en que consumen verduras	Mediana 3 (RIQ 6.5-2)
Porciones de verduras	Mediana 1
Actividad física (Sí)	24.6%
Actividad física (No)	72.1%
Días a la semana de actividad física	Mediana 3 (RIQ 5-0)
Tiempo dedicado a actividad física (media)	Mediana 1 (RIQ 3-0.7)

Fuente: elaboración propia.

Para las preguntas de conocimiento evaluadas mediante una encuesta tipo Likert, se encontró que el 45,90% de los participantes manifestó saber que el infarto agudo de miocardio (IAM) es una enfermedad causada por la obstrucción de los vasos sanguíneos del corazón. Además, el 41% consideró que el IAM produce lesiones o daños permanentes en el corazón y el 47,50% estuvo de acuerdo en que puede causar discapacidad. Por otro lado, el 91,80% afirmó que sufrir un IAM puede llevar a la muerte.

Respecto a los factores de riesgo, el 73,80% reconoció que el diagnóstico de hipertensión arterial aumenta el riesgo de IAM, el 63,90% lo asoció con la diabetes mellitus y el 67,20% con el estrés. Asimismo, el 83,60% consideró que el sobrepeso u obesidad incrementa este riesgo, mientras que el 63,90% estuvo de acuerdo en que el colesterol alto también lo aumenta. El 80,30% reconoció que realizar actividad física disminuye el riesgo

de IAM, y el 85,20% estuvo de acuerdo en que el consumo de cigarrillo lo incrementa. Además, el 83,60% identificó tanto la hipertensión como la diabetes como factores de riesgo, y el 67,20% consideró que el consumo de alcohol también aumenta el riesgo de IAM.

El 54,10% de los participantes identificó el dolor torácico opresivo como un síntoma característico de IAM, el 37,70% reconoció el síncope y el 49,20% señaló la disnea súbita o fatiga como posibles manifestaciones. Sobre las acciones ante la presencia de síntomas, el 59% afirmó que esperaría a que los síntomas desaparecieran solos, mientras que el 41% indicó que tomaría un medicamento o remedio casero. El 59% estuvo en desacuerdo con acudir a una droguería o farmacia, mientras que el 41% manifestó que llamaría a la EPS para solicitar una cita.

Por otro lado, el 78,70% indicó que acudiría por sus propios medios a urgencias, pero el 65,60% estuvo en desacuerdo con llamar a la línea de emergencias 123 (Tabla 6)

Tabla 6. Conocimientos de IAM de la población con IAM por primera vez en Méderi

Pregunta	Totalmente de acuerdo n (%)	Parcialmente de acuerdo n (%)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo n (%)	Parcialmente en desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
El infarto agudo de miocardio es una enfermedad causada por la obstrucción de los vasos sanguíneos del corazón.	28 (45.9%)	6 (9.8%)	5 (8.2%)	1 (1.6%)	21 (34.4%)
El infarto agudo de miocardio produce lesión o daños permanentes en el corazón.	25 (41.0%)	11 (18.0%)	3 (4.9%)	2 (3.3%)	20 (32.8%)
Sufrir un infarto agudo de miocardio puede causar discapacidad	29 (47.5%)	8 (13.1%)	7 (11.5%)	1 (1.6%)	15 (24.6%)
Sufrir un infarto agudo de miocardio puede causar la muerte.	56 (91.8%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)
Tener diagnóstico de hipertensión aumenta el riesgo de sufrir un infarto.	45 (73.8%)	4 (6.6%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	11 (18.0%)
Tener diagnóstico de diabetes mellitus aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo.	39 (63.9%)	6 (9.8%)	2 (3.3%)	1 (1.6%)	13 (21.3%)
El estrés aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio.	41 (67.2%)	7 (11.5%)	2 (3.3%)	1 (1.6%)	10 (16.4%)
El consumir comida saludable disminuye el riesgo de sufrir un infarto.	49 (80.3%)	8 (13.1%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	3 (4.9%)
El sobrepeso u obesidad aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio.	51 (83.6%)	4 (6.6%)	3 (4.9%)	0 (0.0%)	3 (4.9%)

Tener el colesterol alto aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo.	39 (63.9%)	2 (3.3%)	6 (9.8%)	2 (3.3%)	12 (19.7%)
Hacer actividad física disminuye el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio.	49 (80.3%)	3 (4.9%)	1 (1.6%)	2 (3.3%)	6 (9.8%)
Fumar cigarrillo o tabaco aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo.	52 (85.2%)	3 (4.9%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)
Dejar de tomarse los medicamentos para la hipertensión o la diabetes aumenta el riesgo de sufrir un infarto.	51 (83.6%)	4 (6.6%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	5 (8.2%)
El consumo de alcohol aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio.	41 (67.2%)	6 (9.8%)	3 (4.9%)	1 (1.6%)	10 (16.4%)
El dolor torácico opresivo podría ser un síntoma característico de un infarto.	33 (54.1%)	9 (14.8%)	1 (1.6%)	5 (8.2%)	13 (21.3%)
El síncope podría ser un síntoma característico de infarto de miocardio.	23 (37.7%)	9 (14.8%)	3 (4.9%)	5 (8.2%)	21 (34.4%)
La disnea súbita o fatiga podría ser un síntoma característico de infarto.	30 (49.2%)	13 (21.3%)	2 (3.3%)	1 (1.6%)	15 (24.6%)
En caso que usted presentara algún síntoma de infarto, ¿esperaría a que se le pasaran los síntomas solos?	36 (59.0%)	13 (21.3%)	1 (1.6%)	2 (3.3%)	9 (14.8%)
En caso que usted presentara algún síntoma de infarto, ¿se tomaría algún remedio casero o medicamento?	25 (41.0%)	8 (13.1%)	3 (4.9%)	1 (1.6%)	24 (39.3%)
En caso que usted presentara algún síntoma de infarto, ¿iría a la droguería o farmacia?	14 (23.0%)	7 (11.5%)	3 (4.9%)	1 (1.6%)	36 (59.0%)
En caso que usted presentara algún síntoma de infarto, ¿llamaría a su EPS para agendar una cita?	25 (41.0%)	9 (14.8%)	6 (9.8%)	2 (3.3%)	19 (31.1%)

En caso que usted presentara algún síntoma de infarto, ¿iría por sus propios medios a un servicio de urgencias?	48 (78.7%)	7 (11.5%)	3 (4.9%)	1 (1.6%)	2 (3.3%)
En caso que usted presentara algún síntoma de infarto, ¿llamaría a la línea telefónica de urgencias 123?	10 (16.4%)	4 (6.6%)	4 (6.6%)	3 (4.9%)	40 (65.6%)

Fuente: elaboración propia.

En el análisis de conocimientos sobre el infarto agudo de miocardio (IAM) y su relación con factores como nivel educativo, antecedentes cardiovasculares, tabaquismo y actividad física (anexo c), la afirmación de que el IAM es una enfermedad causada por la obstrucción de los vasos sanguíneos generó desacuerdo en el 61,90% de los encuestados, siendo mayoría aquellos con nivel educativo de primaria. Sin embargo, el 44,23% de quienes tenían antecedentes cardiovasculares estuvo totalmente de acuerdo con esta definición, al igual que el 40,63% de los encuestados con antecedentes de tabaquismo y el 46,67% de aquellos que realizaban actividad física.

En cuanto a la idea de que el IAM produce daños permanentes en el corazón, el 46,67% de los participantes estuvo de acuerdo, destacando entre ellos aquellos con nivel educativo técnico o tecnólogo. Por el contrario, el 50% de los encuestados sin antecedentes cardiovasculares no estuvo de acuerdo con esta afirmación, aunque el 55,17% de quienes no tenían antecedentes de tabaquismo y el 43,18% de los que no realizaban actividad física manifestaron estar totalmente de acuerdo.

La percepción de que un IAM puede causar discapacidad fue compartida por el 63,16% de los encuestados, predominando entre los que tenían nivel educativo de secundaria. De manera similar, el 75% de los participantes sin antecedentes cardiovasculares y el 51,72% de aquellos sin antecedentes de tabaquismo respaldaron esta afirmación. En cuanto a la posibilidad de que el IAM cause la muerte, el consenso fue aún mayor, con un 90,48% de los encuestados totalmente de acuerdo, destacando entre ellos los de nivel educativo de primaria. Además, esta percepción fue compartida por el 92,16% de los participantes sin antecedentes cardiovasculares, el 90,32% de quienes no tenían antecedentes de tabaquismo y el 93,33% de los que realizaban actividad física.

Respecto a la hipertensión arterial como factor de riesgo, el 78,95% de los encuestados con nivel educativo de secundaria estuvo de acuerdo en que incrementa el riesgo de IAM. Este porcentaje también fue alto entre quienes tenían antecedentes cardiovasculares (73,08%), quienes no tenían antecedentes de tabaquismo (89,66%) y aquellos que no realizaban actividad física (77,27%). En relación con la diabetes mellitus, el 68,42% de los participantes reconoció este diagnóstico como un factor de riesgo, siendo más evidente entre quienes no tenían antecedentes cardiovasculares (75%), no fumaban (79,31%) o no realizaban actividad física (68,18%).

El estrés, por su parte, fue identificado como un factor de riesgo por el 69,23% de los encuestados, destacando entre quienes tenían nivel educativo universitario. Esta percepción fue aún más marcada entre el 87,50% de los participantes sin antecedentes cardiovasculares, el 68,97% de los que no fumaban y el 70,45% de los que no realizaban actividad física. Por otro lado, el consumo de comida saludable fue considerado una práctica que reduce el riesgo de IAM por el 100% de los encuestados con nivel técnico, así como por el 87,50% de quienes no tenían antecedentes cardiovasculares, el 86,21% de los no fumadores y el 81,82% de los que no realizaban actividad física.

El sobrepeso u obesidad fue reconocido como un factor de riesgo por el 100% de los participantes con nivel técnico, seguido por el 84,62% de quienes tenían antecedentes cardiovasculares, el 86,21% de los no fumadores y el 86,67% de los que realizaban actividad física. De manera similar, el colesterol alto fue percibido como un factor de riesgo por el 85,71% de los encuestados con nivel técnico, el 87,50% de quienes no tenían antecedentes cardiovasculares y el 87,50% de los no fumadores, mientras que el 63,64% de quienes no realizaban actividad física compartió esta opinión.

Finalmente, la actividad física fue ampliamente reconocida como un factor protector, ya que el 89,47% de los encuestados con nivel educativo de secundaria estuvo totalmente de acuerdo en que disminuye el riesgo de IAM. Este consenso fue aún mayor entre el 100% de los participantes sin antecedentes cardiovasculares, el 79,31% de los no fumadores y el 80% de los que realizaban actividad física. Por último, el hábito de fumar fue identificado como un factor de riesgo por el 100% de los participantes con nivel técnico, el 86,54% de aquellos con antecedentes cardiovasculares, el 86,21% de los no fumadores y el 86,67% de quienes realizaban actividad física.

Discusión

La población estudiada, predominantemente masculina (73,77%) y con una edad promedio de 57 años (± 13), comparte características similares a las reportadas en estudios internacionales sobre IAM, en los cuales los hombres de edades medias son los más afectados por esta condición (39). Las características educativas y socioeconómicas de la muestra destacan la vulnerabilidad de esta población. El 34,43% de los participantes tenía un nivel educativo máximo de primaria, mientras que más de la mitad (55,74%) recibía ingresos mensuales entre 1 y 2 millones de pesos, perteneciendo en su mayoría al estrato 2 (40,98%). Estas condiciones socioeconómicas, dificultan el acceso a información y recursos para la prevención y el manejo adecuado de factores de riesgo cardiovasculares, como se ha señalado en estudios previos (15,16).

El tabaquismo y el consumo de alcohol emergen como comportamientos de riesgo significativos en esta población, evidenciando patrones de alto riesgo desde edades tempranas y una alta prevalencia de factores de riesgo modificables entre los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM). Estos hallazgos son consistentes con la literatura global, que identifica factores como la hipertensión arterial, el tabaquismo y la diabetes mellitus como determinantes clave en la patogénesis de las enfermedades cardiovasculares (3,13). La hipertensión arterial se identificó como el factor de riesgo más prevalente, presente en el 68,85% de los pacientes, seguida por la diabetes mellitus (40%) y el tabaquismo (52,46%), con una mediana de inicio a los 16,5 años. Es relevante destacar que el 80,33% de los pacientes reportó un consumo regular de alcohol, lo que subraya la importancia de este factor en el perfil de riesgo cardiovascular. El puntaje de Framingham presentó una media del 22%, indicando un riesgo promedio del 22% de mortalidad o de recurrencia de IAM en los próximos 10 años. Estos resultados reflejan patrones similares a los descritos en estudios internacionales, como el estudio INTERHEART, y subrayan la relevancia de abordar las barreras socioeconómicas y educativas que dificultan la implementación de estrategias preventivas y el acceso oportuno a intervenciones tempranas en nuestro contexto (47,49).

Los resultados sobre los hábitos alimenticios y de actividad física en la población estudiada reflejan patrones que podrían contribuir al desarrollo y progresión de enfermedades cardiovasculares, como el infarto agudo de miocardio, la baja frecuencia en el consumo de frutas y verduras, con una mediana de consumo de tres veces por semana y en porciones limitadas, evidencia una insuficiencia en la adherencia a las recomendaciones dietéticas internacionales, como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sugieren un consumo mínimo de cinco porciones diarias de frutas y verduras para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles (2) el consumo exclusivo de aceite vegetal, reportado por el 100% de los participantes, podría interpretarse como una práctica positiva; sin embargo, sería relevante explorar el tipo específico de aceite consumido y las técnicas

de preparación de los alimentos, ya que estos factores pueden influir en la calidad nutricional de la dieta y el perfil lipídico de los pacientes (50).

En cuanto a la actividad física, el 71,10% de los participantes no realizaba ningún tipo de ejercicio, lo que representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. La inactividad física, reconocida como uno de los principales factores de riesgo modificables, está asociada con un aumento de la obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias (13,15). Aunque el 24,59% de los participantes afirmó practicar actividad física más de tres días por semana, esta proporción es baja considerando las recomendaciones actuales (33). Asimismo, el tiempo promedio que los participantes permanecían sentados o recostados en un día típico, con una mediana de tres horas, evidencia sedentarismo prolongado. Este hábito, aun en ausencia de inactividad física, está relacionado con un aumento del riesgo cardiovascular y una mayor mortalidad (12).

La mayoría de los participantes en este estudio reportó haber alcanzado únicamente la educación primaria y expresó un total desacuerdo con la definición de infarto agudo de miocardio (IAM). Este hallazgo subraya la importancia del nivel educativo en la comprensión de conceptos esenciales de salud cardiovascular, ya que un nivel educativo limitado puede dificultar la apropiación de conocimientos clave sobre enfermedades cardiovasculares (34). La falta de información adecuada se correlaciona directamente con una menor adherencia a las recomendaciones médicas y un aumento en las conductas de riesgo, como la automedicación. En este sentido, el 57,89% de los encuestados con estudios hasta primaria manifestó estar totalmente de acuerdo con la práctica de la automedicación. De manera similar, el 47,37% de los participantes con educación secundaria manifestó estar de acuerdo con esperar la resolución espontánea de los síntomas, lo que refleja una posible falta de conciencia sobre la gravedad del IAM y la necesidad de intervención médica temprana (6).

Respecto al impacto del IAM en la salud, la mayoría de los participantes reconoció que esta condición puede generar discapacidad (63,16%) o incluso la muerte (90,48%), con mayor prevalencia en aquellos con niveles educativos bajos. Este alto grado de acuerdo podría interpretarse como una percepción generalizada del riesgo asociado al IAM, influenciada posiblemente por experiencias personales, culturales o anécdotas. Sin embargo, se observa una disminución en este reconocimiento entre los participantes con niveles educativos más altos, lo que sugiere que el acceso a información más detallada y la exposición a una mayor comprensión de los riesgos pueden modificar la percepción del impacto del IAM. Este patrón refleja una posible brecha en la comprensión del riesgo cardiovascular, influenciada por factores educativos, y destaca la necesidad de mejorar la educación en salud en poblaciones con menor nivel educativo para aumentar la conciencia y la prevención.

Respecto a los factores de riesgo, como hipertensión arterial, diabetes mellitus y estrés, la mayoría de los participantes identificaron su relevancia en el desarrollo del IAM, el 78,95% asoció la hipertensión arterial con un mayor riesgo, y el 69,23% relacionó el estrés con el IAM. Sin embargo, es alarmante que, aunque el 100% de los participantes con educación técnica reconoció la importancia de consumir alimentos saludables, solo el 77,27% de los que no realizaban actividad física estuvieron de acuerdo con el impacto de la obesidad como factor de riesgo, evidenciando una desconexión entre el reconocimiento de riesgos y la adopción de comportamientos saludables, mostrándonos que hábitos más saludables llevan a un mayor conocimiento sobre la gravedad del IAM (41,42).

La falta de comprensión sobre la gravedad del IAM y sus implicaciones puede contribuir a la demora en la búsqueda de atención médica, un factor que ha sido asociado con peores resultados clínicos y una mayor mortalidad (45,47). La percepción limitada de los síntomas del IAM también constituye un desafío importante. Aunque el 54.1% identificó el dolor precordial como síntoma del IAM, la identificación de otros signos relevantes, como el síncope (37.7%) y la disnea súbita (49.2%), fue notablemente baja. Esta falta de conocimiento lleva a retrasar la búsqueda de atención médica urgente, lo que influye negativamente en los resultados clínicos y aumenta la mortalidad. Es esencial que las políticas de salud cardiovascular incorporen estrategias de educación

comunitaria para sensibilizar a la población sobre los signos de alerta temprana y la importancia de buscar atención médica inmediata. Las actitudes frente a la atención inmediata en caso de síntomas de IAM revelan diferencias importantes si bien el 100% de los participantes con educación universitaria acudiría a urgencias por medios propios, el 71,43% de los participantes con nivel educativo de primaria estuvo en desacuerdo con llamar a una línea de urgencias. Estas diferencias podrían estar relacionadas con barreras culturales, económicas o de acceso al sistema de salud, que deben ser abordadas para mejorar la respuesta temprana al IAM (43).

Desde el punto de vista clínico, los resultados son alentadores, ya que todos los pacientes egresaron vivos, reflejando la calidad de la atención brindada en el Hospital Universitario Mayor Méderi. La mayoría de los pacientes (72.13%) recibió tratamientos efectivos, como angioplastia coronaria y el 57.38% requirió ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La estancia promedio de cinco días en la UCI destaca la gravedad de los casos tratados y la importancia de un manejo oportuno y eficaz. Sin embargo, estos datos también subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención primaria y secundaria para reducir la incidencia de IAM (5,34).

12 Conclusiones

Los resultados de este estudio reflejan las características sociodemográficas y los factores de riesgo prevalentes en los pacientes diagnosticados con infarto agudo de miocardio (IAM) atendidos en el Hospital Universitario Mayor Méderi durante el periodo analizado. Estos hallazgos destacan la importancia de abordar las inequidades en el conocimiento y manejo de la salud cardiovascular, tanto en el ámbito hospitalario como en el contexto colombiano en general. Más allá de los factores de riesgo clínicos, es crucial considerar las barreras educativas, económicas y sociales que afectan a los pacientes, lo que subraya la necesidad de desarrollar programas de intervención integrales que se adapten a las características socioculturales de la población. Estos programas deben combinar educación en salud, acceso a recursos y el fortalecimiento de políticas públicas orientadas a promover estilos de vida saludables y un manejo efectivo de los factores de riesgo.

El análisis integral de las características sociodemográficas, los factores de riesgo y el conocimiento sobre el IAM, junto con las condiciones médicas y los parámetros clínicos de los participantes, evidencia una alta carga de factores de riesgo modificables en los pacientes con IAM en Colombia. Factores como la hipertensión arterial, el tabaquismo y la diabetes mellitus emergen como los principales predisponentes. Además, la limitada comprensión de los pacientes sobre su enfermedad, así como la baja adherencia a las recomendaciones sobre estilos de vida saludables y tratamientos médicos, pone de manifiesto una brecha significativa en la educación y la gestión preventiva de estas condiciones.

Para mejorar el pronóstico de los pacientes con IAM, resulta fundamental implementar programas educativos que fomenten el conocimiento sobre la enfermedad y sus riesgos, especialmente en poblaciones con niveles educativos y socioeconómicos bajos. Las estrategias preventivas deben estar contextualizadas a las barreras económicas y culturales que dificultan la adopción de hábitos saludables. Asimismo, la formulación de políticas públicas enfocadas en la educación y el acceso equitativo a recursos de salud será esencial para reducir la carga de las enfermedades cardiovasculares y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

13 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial de la OMS Sobre las ENT. En Montevideo; 2017 [citado 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2017/10/16/default-calendar/who-global-conference-on-noncommunicable-diseases>
2. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo de los avances en relación con las enfermedades no transmisibles 2022 [Internet]. OMS; 2022 [citado 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240047761>
3. Rodríguez T, Malvezzi M, Chatenoud L, Bosetti C, Levi F, Negri E, et al. Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular diseases in the Americas: 1970-2000. *Heart Br Card Soc.* abril de 2006;92(4):453-60.
4. Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. *Rev Esp Cardiol.* 1 de junio de 2013;66(6):472-81.
5. Piepoli MF, Corrà U, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* febrero de 2010;17(1):1-17.
6. Hertz JT, Sakita FM, Manavalan P, Mmbaga BT, Thielman NM, Staton CA. Knowledge, attitudes, and preventative practices regarding ischemic heart disease among emergency department patients in northern Tanzania. *Public Health.* octubre de 2019;175:60-7.
7. Castellano JM, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol.* 1 de septiembre de 2014;67(9):724-30.
8. Ergin A, Muntner P, Sherwin R, He J. Secular trends in cardiovascular disease mortality, incidence, and case fatality rates in adults in the United States. *Am J Med.* 15 de agosto de 2004;117(4):219-27.
9. Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Banegas Banegas JR, Gil Guillén VF, Cebrián Cuenca AM, Martín Rioboó E, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2022. *Aten Primaria.* octubre de 2022;54(Suppl 1):102444.
10. Fleg JL, Forman DE, Berra K, Bittner V, Blumenthal JA, Chen MA, et al. Secondary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Older Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 26 de noviembre de 2013;128(22):2422-46.
11. Herring LY, Dallosso H, Chatterjee S, Bodicoat D, Schreder S, Khunti K, et al. Physical Activity after Cardiac Events (PACES) – a group education programme with subsequent text-message support designed to increase physical activity in individuals with diagnosed coronary heart disease: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 4 de octubre de 2018;19:537.
12. Uchmanowicz I, Łoboz-Grudziń K. Factors influencing quality of life up to the 36th month follow-up after treatment of acute coronary syndrome by coronary angioplasty. *Nurs Res Rev.* enero de 2015;23.
13. Darvishpour A, Javadi-Pashaki N, Salari A, Sadeghi T, Taleshan-Nejad M. Factors associated with quality of life in patients undergoing coronary angioplasty. *Int J Health Sci.* 2017;11(4):35-41.

14. Nkoke C, Luchuo EB. Coronary heart disease in sub-Saharan Africa: still rare, misdiagnosed or underdiagnosed? *Cardiovasc Diagn Ther.* febrero de 2016;6(1):64-6.
15. Martinez DJ, Turner MM, Pratt-Chapman M, Kashima K, Hargreaves MK, Dignan MB, et al. The Effect of Changes in Health Beliefs Among African-American and Rural White Church Congregants Enrolled in an Obesity Intervention: A Qualitative Evaluation. *J Community Health.* junio de 2016;41(3):518-25.
16. Aycock DM, Kirkendoll KD, Coleman KC, Clark PC, Albright KC, Alexandrov AW. Family History of Stroke Among African Americans and Its Association With Risk Factors, Knowledge, Perceptions, and Exercise. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(2):E1-6.
17. Magnani JW, Mujahid M, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention. *Circulation.* 10 de julio de 2018;138(2):e48-74.
18. Yates T, Haffner SM, Schulte PJ, Thomas L, Huffman KM, Bales CW, et al. Association between change in daily ambulatory activity and cardiovascular events in people with impaired glucose tolerance (NAVIGATOR trial): a cohort analysis. *The Lancet.* marzo de 2014;383(9922):1059-66.
19. Ramirez FD, Chen Y, Di Santo P, Simard T, Motazedian P, Hibbert B. Association Between Self-Reported Potentially Modifiable Cardiac Risk Factors and Perceived Need to Improve Physical Health: A Population-Based Study. *J Am Heart Assoc.* 3 de mayo de 2017;6(5):e005491.
20. Nundy S, Mishra A, Hogan P, Lee SM, Solomon MC, Peek ME. How Do Mobile Phone Diabetes Programs Drive Behavior Change? *Diabetes Educ.* 2014;40(6):806-19.
21. Hisam A, Khan A, Zahid B, Zia F, Naeem A, Chaudhry H. Health related quality of life in post-acute coronary patient. *J PMA J Pak Med Assoc.* octubre de 2022;72(10):2069-73.
22. Colditz GA, Philpott SE, Hankinson SE. The Impact of the Nurses' Health Study on Population Health: Prevention, Translation, and Control. *Am J Public Health.* septiembre de 2016;106(9):1540-5.
23. Shrank WH, Patrick AR, Alan Brookhart M. Healthy User and Related Biases in Observational Studies of Preventive Interventions: A Primer for Physicians. *J Gen Intern Med.* mayo de 2011;26(5):546-50.
24. Silverman SL, Gold DT. Healthy users, healthy adherers, and healthy behaviors? *J Bone Miner Res.* 2011;26(4):681-2.
25. Rojas Ferreira AH. Development of community based land administration methodology for indigenous groups as an instrument for poverty reduction and sustainable development. case of study: Mitú-Vaupés, Colombia. 2014 [citado 27 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/1992/19812>
26. Liu X, Zou Y, Huang D, Lu H. Effect of evidence-based nursing combined with exercise rehabilitation in patients with acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention. *Am J Transl Res.* 15 de octubre de 2022;14(10):7424-33.
27. Newens AJ, McColl E, Bond S. Changes in reported dietary habit and exercise levels after an uncomplicated first myocardial infarction in middle-aged men. *J Clin Nurs.* marzo de 1997;6(2):153-60.
28. Jayawardena R, Fernando P, Lokunarangoda N, Pathirana AK. Effects of the «plate model» as part of dietary intervention on modification of selected cardiometabolic risk factors in post-myocardial infarction patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 10 de julio de 2017;18(1):314.

29. Griffo R, Ambrosetti M, Tramarin R, Fattirolli F, Temporelli PL, Vestri AR, et al. Effective secondary prevention through cardiac rehabilitation after coronary revascularization and predictors of poor adherence to lifestyle modification and medication. Results of the ICAROS Survey. *Int J Cardiol.* agosto de 2013;167(4):1390-5.
30. Olivari Z, Steffenino G, Savonitto S, Chiarella F, Chinaglia A, Lucci D, et al. The management of acute myocardial infarction in the cardiological intensive care units in Italy: the 'BLITZ 4 Qualità' campaign for performance measurement and quality improvement. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* junio de 2012;1(2):143-52.
31. Urbinati S, Olivari Z, Gonzini L, Savonitto S, Farina R, Del Pinto M, et al. Secondary prevention after acute myocardial infarction: Drug adherence, treatment goals, and predictors of health lifestyle habits. The BLITZ-4 Registry. *Eur J Prev Cardiol.* diciembre de 2015;22(12):1548-56.
32. Dawood N. Predictors of Smoking Cessation After a Myocardial Infarction The Role of Institutional Smoking Cessation Programs in Improving Success. *Arch Intern Med.* 13 de octubre de 2008;168(18):1961.
33. Rumsfeld JS, Alexander KP, Goff DC, Graham MM, Ho PM, Masoudi FA, et al. Cardiovascular health: the importance of measuring patient-reported health status: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 4 de junio de 2013;127(22):2233-49.
34. Sommaruga M, Vidotto G, Bertolotti G, Pedretti RFE, Tramarin R. A self administered tool for the evaluation of the efficacy of health educational interventions in cardiac patients. *Monaldi Arch Chest Dis Arch Monaldi Mal Torace.* marzo de 2003;60(1):7-15.
35. Lima TCRM, Silva DG da, Barreto ID de C, Oliveira JC, Oliveira LCS, Arcelino LAM, et al. Quality of Intra-Hospital Nutritional Counseling in Patients with STEMI in the Public and Private Health Networks of Sergipe: The VICTIM Register. *Arq Bras Cardiol.* 18 de julio de 2019;113(2):260-9.
36. Wood D, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet.* junio de 2008;371(9629):1999-2012.
37. Boyde M, Grenfell K, Brown R, Bannear S, Lollback N, Witt J, et al. What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? *Aust Crit Care Off J Confed Aust Crit Care Nurses.* agosto de 2015;28(3):134-9.
38. Forslund AS, Lundblad D, Jansson JH, Zingmark K, Söderberg S. Risk factors among people surviving out-of-hospital cardiac arrest and their thoughts about what lifestyle means to them: a mixed methods study. *BMC Cardiovasc Disord.* 27 de agosto de 2013;13:62.
39. Vaina S, Milkas A, Crysohoou C, Stefanadis C. Coronary artery disease in women: From the yentl syndrome to contemporary treatment. *World J Cardiol.* 26 de enero de 2015;7(1):10-8.
40. Noureddine S, Dumit NY, Maatouk H. Patients' knowledge and attitudes about myocardial infarction. *Nurs Health Sci.* marzo de 2020;22(1):49-56.
41. Kim YS, Park SS, Bae HJ, Cho AH, Cho YJ, Han MK, et al. Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in korea. *BMC Neurol.* 6 de enero de 2011;11:2.

42. Coull A, Pugh G. Maintaining physical activity following myocardial infarction: a qualitative study. *BMC Cardiovasc Disord.* 18 de febrero de 2021;21(1):105.
43. Lee YM, Kim RB, Lee HJ, Kim K, Shin MH, Park HK, et al. Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 22 de mayo de 2018;16:100.
44. Al-Tamimi TR, Ba-Omar HA, Nadar S. Knowledge Regarding Secondary Prevention Lifestyle Practices Among Patients with Ischaemic Heart Disease in Oman: Pilot study. *Sultan Qaboos Univ Med J.* febrero de 2017;17(1):e88-92.
45. Folta SC, Goldberg JP, Seguin R, Reed PN, Nelson ME, Lichtenstein AH. Factors Related to Cardiovascular Disease Risk Reduction in Midlife and Older Women: A Qualitative Study. *Prev Chronic Dis.* 15 de diciembre de 2007;5(1):A06.
46. Koochi F, Amiri P, Mehrabi Y, Karimi M, Khalili D. Development and validation of a knowledge, attitude, and practice questionnaire regarding cardiovascular diseases in an Iranian general population. *BMC Public Health.* 9 de noviembre de 2021;21:2050.
47. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 20 de noviembre de 2014;2014(11):CD000011.
48. Ivers NM, Schwalm JD, Bouck Z, McCreedy T, Taljaard M, Grace SL, et al. Interventions supporting long term adherence and decreasing cardiovascular events after myocardial infarction (ISLAND): pragmatic randomised controlled trial. *The BMJ.* 10 de junio de 2020;369:m1731.
49. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet.* septiembre de 2004;364(9438):937-52.
50. Lima TCRM, Silva DG da, Barreto ID de C, Oliveira JC, Oliveira LCS, Arcelino LAM, et al. Quality of Intra-Hospital Nutritional Counseling in Patients with STEMI in the Public and Private Health Networks of Sergipe: The VICTIM Register. *Arq Bras Cardiol.* 18 de julio de 2019;113(2):260-9.

14 Anexos

Anexo a. Consentimiento Informado CIMED

Anexo b. Instrumento del método progresivo (STEPS) - PDF Free Download

Anexo c. Conocimiento sobre IAM en Relación con Factores Socioeconómicos y de Riesgo Cardiovascular