

¿Cuál es la realidad centroamericana y del Caribe en torno a la cardiopatía isquémica?

What is the reality of Central America and the Caribbean regarding ischemic heart disease?

Daniel Quesada Chaves*

Servicio de Cardiología, Hospital San Vicente de Paúl

La cardiopatía isquémica crónica (CIC) es una afección clínica que surge de episodios sostenidos o recurrentes de isquemia miocárdica, lo que conduce a una pérdida acumulativa de miocitos, remodelado estructural y disfunción progresiva del ventrículo izquierdo.

En Centroamérica, la enfermedad coronaria sigue siendo una de las principales causas de muerte. En Costa Rica, por ejemplo, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el infarto agudo de miocardio fue la principal causa de muerte en 2024, representando el 7,22 % de los fallecimientos, con una mayor prevalencia en hombres (4,2 %) que en mujeres (3,01 %)¹. De las defunciones de 2024, 8,29% correspondieron a mayores de 65 años y 2,41% a menores de 65 años¹. Además, según la Dirección de Vigilancia de la Salud de Costa Rica, los fallecimientos por infarto aumentaron en un 11 % entre 2021 y 2022, pasando de 1.928 a 2.144 casos (**Figura 1**)².

Dicha patología requiere un abordaje estructurado para disminuir el impacto que puede generar en la población. Durante 2022, el 60 % de las muertes por infarto ocurrieron en hombres y el 40 % en mujeres. El grupo más afectado fue el de mayores de 75 años, con 1.178 defunciones².

En 2020, la enfermedad isquémica del corazón fue la principal causa de muerte de las enfermedades cardiovasculares (**Figura 2**)³.

Durante el año 2020, la tasa provincial de enfermedad isquémica por 100,000 habitantes, fue la siguiente³:

- Más alta: San José (65,9), Cartago (57,2), Heredia (54,8), Alajuela (52,7)³.
- Más baja: Limón (37,5), Puntarenas (44,2), Guanacaste (46,8)³.

Cabe destacar que, en 2019, la cardiopatía isquémica fue la principal causa de muerte en mujeres costarricenses, con una tasa de 41,3 por 100.000 habitantes, casi tres veces superior a la del cáncer de mama (15,18 por 100.000)⁴. La edad promedio del primer infarto de miocardio fue de 65,3 años en hombres y 71,8 años en mujeres⁵.

Es claro que la cantidad de datos y registros clínicos específicos para la cardiopatía isquémica crónica es limitada en nuestro país y en la región. Sin embargo, parte de la información puede extraerse de los registros de insuficiencia cardíaca.

El Registro Nacional de Insuficiencia Cardíaca (RE-NAIC) de Costa Rica (2016-2017) reportó como

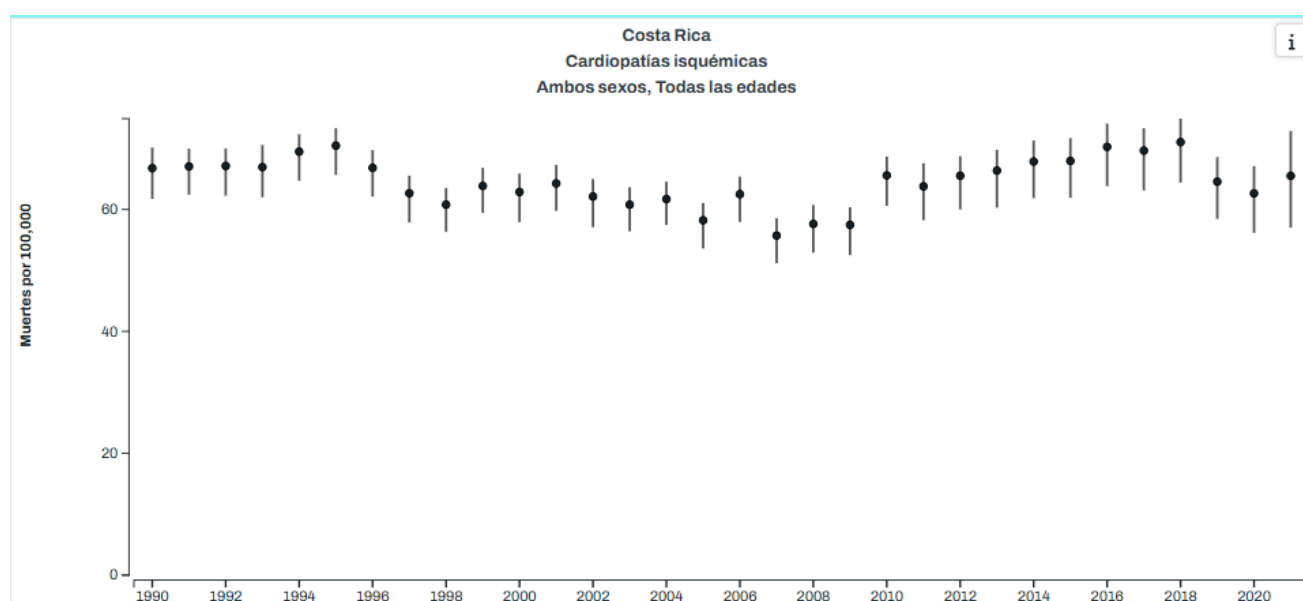


Figura 1. Tasa de fallecimientos por 100,000 habitantes al año. Datos de GBD Compare. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>⁷.

Número y porcentajes de defunciones acumuladas en el periodo del 2000 al 2021 en Costa Rica

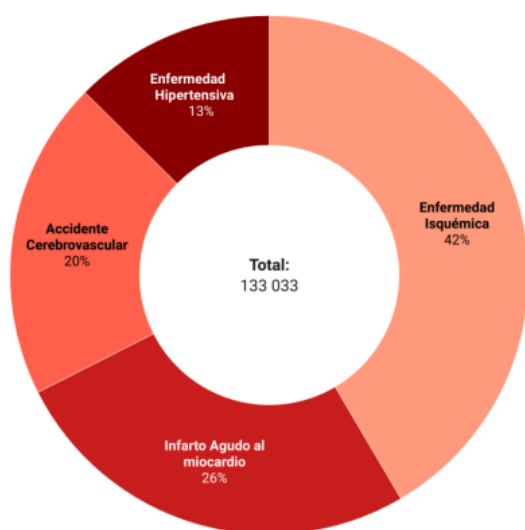


Figura 1. Mortalidad registrada en Costa Rica entre los años 2000 y 2021 por enfermedad cardiovascular. Adaptada de Evans-Meza R, et al. <https://uh.ac.cr/file/download/7846.3>

factores de riesgo cardiovascular más frecuentes a la hipertensión (81,4%), seguida de la dislipidemia (54,5%). Con respecto a otras patologías asociadas, el 30,5% tenía síndrome coronario agudo previo y el 23% fibrilación auricular⁶.

Panorama regional

Al analizar los datos regionales utilizando el modelo *Global Burden of Disease 2021*, que aplica DisMod-MR para estimar la incidencia, prevalencia y mortalidad por cardiopatía isquémica (tanto infarto agudo como

CIC) en 204 países, se obtienen estimaciones específicas para varios países de Centroamérica y el Caribe.

Las cifras específicas por país (conteos y tasas por 100.000 habitantes, con intervalos de incertidumbre) se extraen del visualizador GBD Results/VizHub. Por ejemplo, GBD 2021 publicó datos de mortalidad, incidencia y prevalencia para Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Panamá⁹.

Las tendencias de mortalidad por CI entre 2000 y 2019 en la región se obtuvieron del informe ENLACE-OPS basado en *WHO Global Health Estimates*¹⁰. La información de cada país está representada en la **Tabla 1**.

Otros datos que se puede recabar de la región incluyen el ejemplo de Panamá, que presentó un cambio porcentual anual promedio (AAPC) en la mortalidad por CI de -1,5 % por año entre 2000 y 2010, lo que representa un descenso significativo, seguido de -3,5 % anual entre 2010 y 2019, constituyendo un descenso notable y sostenido¹¹.

Este mismo análisis panameño (2001–2014) mostró que la mortalidad ajustada por edad por IHD fue de aproximadamente 54,2 por 100.000 habitantes, similar a la mortalidad por accidente cerebrovascular al inicio, pero con descenso posterior solo en los años más recientes¹¹.

Además, un estudio nacional (2012–2016) mostró que la mortalidad por CI (ICD-10 I20–I25) fue analizada por provincia/región, ajustada por edad, y se asoció con variables socioeconómicas como años de educación, cobertura de seguridad social e ingreso¹².

Tabla 1. Datos de incidencia y prevalencia de enfermedad coronaria.

País	Muertes (punto, IC 95 %)	Prevalencia (puntual)	Tasa prevalencia	Tasa incidencia
Guatemala	6 379 (6.166–6.536)	14.509	240,8/100.000	155,2/100.000
El Salvador	5.802 (5.433–6.089)	9.641	198,5/100.000	143,0/100.000
Honduras	4.449 (3.915–4.986)	17.452	248,4/100.000	336,4/100.000
Nicaragua	2.439 (2.260–2.577)	5.685	176,2/100.000	134,7/100.000
Panamá	2.789 (2.604–2.909)	5.598	201,6/100.000	122,2/100.000

Líneas futuras de investigación

A. Necesidad de estudios poblacionales

La prioridad es la realización de estudios epidemiológicos poblacionales bien diseñados que apunten específicamente a la incidencia y la prevalencia de la CI en Centroamérica y la República Dominicana. Los estudios de cohortes prospectivas que sigan a los pacientes desde la fase aguda de CI hasta el seguimiento a largo plazo serían especialmente valiosos para delinear la historia natural del daño miocárdico isquémico y su transición a cardiomiopatía crónica.

B. Estandarización de criterios diagnósticos

Un obstáculo importante para obtener estimaciones fiables es la falta de criterios diagnósticos uniformes para la CI entre los estudios. Son esenciales los esfuerzos para estandarizar definiciones —idealmente mediante recomendaciones de consenso de las principales sociedades cardiovasculares, adaptadas a los recursos disponibles en regiones de ingresos bajos y medios—. La estandarización facilitaría comparaciones entre estudios y permitiría metaanálisis regionales más precisos, reduciendo la incertidumbre actual sobre la carga de la CI¹³.

C. Integración de datos de factores de riesgo

Los estudios futuros se beneficiarían de un enfoque integrado que combine evaluaciones detalladas de factores de riesgo cardiovascular con desenlaces longitudinales. Al correlacionar los perfiles de riesgo basales —como la prevalencia de diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemia— con el desarrollo posterior de CI, los investigadores podrán dilucidar mejor los factores que predisponen a la progresión de CI aguda a disfunción miocárdica crónica.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Segura Villalobos Y, Valverde Picado J. Impacto del programa de rehabilitación cardiaca modalidad presencial del Hospital San Juan de Dios en la capacidad funcional y los parámetros cardiometabólicos de los pacientes con cardiopatía isquémica obstructiva, en el periodo comprendido entre enero 2024 a enero 2025 [trabajo final de graduación]. San José (CR): Universidad de Costa Rica, Programa de Posgrado en Especialidades Médicas; 2025.
2. Ministerio de Salud de Costa Rica. Fallecimientos por infarto agudo de miocardio aumentaron en un 11 % durante el año 2022. San José: Ministerio de Salud; 2023. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1682-fallecimientos-por-infarto-agudo-de-miocardio-aumentaron-en-un-11-durante-el-ano-2022>. [citado 25 julio 2025].
3. Evans-Meza R, Bonilla-Carrión R, Salvatierra-Durán R, González Picado L. Salud en perspectiva [Internet]. No 5. San José (CR): Universidad Hispanoamericana, Escuela de Medicina, Coordinación de Investigación. Disponible en: <https://uh.ac.cr/file/download/7846>. [citado 25 julio 2025]
4. Piedra Ugarte K, Leiva Segura TY, Mora Garro RA. Cardiopatía isquémica, un enfoque en la población femenina. Rev Méd Sinergia. 2023;8(7):e1078. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v8i7.1078>
5. Montero Brenes F, Antúnez Oliva JA, Pabón Páramo CA. Study of the burden of ischemic heart disease in Costa Rica in the period from 1990 to 2017. Rev Méd Sinergia. 2020;5(5). Disponible en: <http://revistamedicasinergia.com/>.
6. Speranza Sánchez MO, Quesada Chaves D, Castillo Chaves G, Lainez Sánchez L, Mora Tumminelli L, Brenes Umaña CD, et al. Registro nacional de insuficiencia cardíaca de Costa Rica. Rev Costarric Cardiol. 2017; 19(1-2):21-34. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422017000100021&lng=en.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle: IHME; actualizado a 2021. Disponible en:

- <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> es.wikipedia.org+11. [citado 25 julio2025]
8. Liu JX, et al. Global burden of ischaemic heart disease, 1990–2021: estimates from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2024.
 9. World Heart Federation. Panama — World Heart Observatory: CVD deaths, standardized mortality and incidence, 2021.
 10. Trends in Mortality from Ischemic Heart Disease in the Region of the Americas. 2000–2019 (ENLACE–OPS). *Global Heart*. 2022;17(1):53.
 11. Carrión Donderis M, Moreno Velásquez I, Castro F, Zúñiga J, Gómez B, Motta J. Analysis of mortality trends due to cardiovascular diseases in Panama, 2001–2014. *Open Heart*. 2016;3(2):e000510. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/openhrt-2016-000510>.
 12. Quiel L, Moreno Velásquez I, Gómez B, Motta J, Herrera-Ballesteros V. Social determinants and cardiovascular disease mortality in Panama, 2012–2016 [Internet]. *BMC Public Health*. 2019 Feb 15;19(1):199. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6508-8>.
 13. Agustin Ciapponi, Andrea Alcaraz, Maria Calderon et al. Burden of Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Rev Esp Card* 2016; 69(11):1051-1060.