



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**Insuficiencia Cardíaca Postinfarto agudo de miocardio en
pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del
Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta
marzo 2020.**

AUTORES:

Maldonado Nieto, Roxana Evelyn

Nevárez Cortez, Jefferson Fabio

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA**

TUTOR:

Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto

Guayaquil, Ecuador

31 de agosto del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Maldonado Nieto, Roxana Evelyn y Nevárez Cortez, Jefferson Fabio**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada(o) en Enfermería**.

TUTOR

f. _____
Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto. Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Lcda. Mendoza Vincés, Ángela Ovilla. Msc

Guayaquil, 31 de agosto del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Maldonado Nieto, Roxana Evelyn**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Insuficiencia Cardíaca Postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 31 de agosto del 2020

LA AUTORA

f. 
Maldonado Nieto, Roxana Evelyn



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Nevárez Cortez, Jefferson Fabio**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Insuficiencia Cardíaca Postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020**, previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 31 de agosto del 2020

EL AUTOR

f. _____
Nevárez Cortez, Jefferson Fabio



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

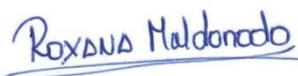
AUTORIZACIÓN

Yo, **Maldonado Nieto, Roxana Evelyn**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Insuficiencia Cardíaca Postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 31 de agosto del 2020

LA AUTORA

f. 
Maldonado Nieto, Roxana Evelyn



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Nevárez Cortez, Jefferson Fabio**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Insuficiencia Cardíaca Postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 31 de agosto del 2020

EL AUTOR

f. _____
Nevárez Cortez, Jefferson Fabio

REPORTE URKUND

URKUND

Documento [TESIS INSUFICIENCIA CARDIACA. JEFFERSON, ROXANA. AVANCE 4-FINAL.docx](#) (D78055916)

Presentado 2020-08-22 00:14 (-05:00)

Presentado por jeff_nevarez@hotmail.com

Recibido martha.holguin01.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje Tesis Insuficiencia Cardiaca Postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden [Mostrar el mensaje completo](#)
0% de estas 20 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Insuficiencia Cardiaca Postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020.

AUTORES: Maldonado Nieto, Roxana Evelyn Nevárez Cortez, Jefferson Fabio

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA

TUTOR: Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto

Guayaquil, Ecuador 31 del mes Agosto del año 2020

FACULTAD DE

CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

URKUND

Document Information

Analyzed document	TESIS INSUFICIENCIA CARDIACA. JEFFERSON, ROXANA. AVANCE 4-FINAL.docx (D78055916)
Submitted	8/22/2020 7:14:00 AM
Submitted by	
Submitter email	jeff_nevarez@hotmail.com
Similarity	0%
Analysis address	martha.holguin01.ucsg@analysis.orkund.com

Entire Document

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Insuficiencia Cardíaca Postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020.

AUTORES: Maldonado Nieto, Roxana Evelyn Nevárez Cortez, Jefferson Fabio

Trabajo de

titulación previo a la obtención del título de LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA

TUTOR: Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto

Guayaquil, Ecuador 31 del mes Agosto del año 2020

FACULTAD DE

CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Maldonado Nieto, Roxana Evelyn, como requerimiento para la obtención del título de Licenciada en enfermería.

TUTOR

f. _____ Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto. Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____ Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilla. Mgs

Guayaquil, a los 31 del mes de Agosto del año 2020

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Nevárez Cortez, Jefferson Fabio, como requerimiento para la obtención del título de Licenciado en enfermería.

TUTOR

f. _____ Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto. Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____ Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilla. Mgs

Guayaquil, a los 31 del mes de Agosto del año 2020

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Maldonado Nieto, Roxana Evelyn

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación,

Insuficiencia Cardíaca

Postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020,

AGRADECIMIENTO

Como prioridad quiero agradecer a Dios por su infinita bondad, por darme salud, fortaleza y sabiduría, por haber permitido culminar un peldaño más de mis metas propuestas.

A mis maestros y amigas quienes me inspiraron y me enseñaron que todo era posible que no importaba el tiempo ni las circunstancias, por el apoyo y consejos que me motivaron día a día a ser mejor persona.

A mi amada hija gracias por la paciencia por ayudarme por ser mi compañera y amiga, sin su ayuda no hubiera sido posible continuar con este sueño que hoy se vuelve realidad.

A mi tutor de tesis por ser un gran amigo y un pilar fundamental para mi aprendizaje, quien, con sus conocimientos y su gran trayectoria, ha logrado en mí culminar este proceso de titulación. Y a mi compañero y amigo de tesis porque sin él no hubiera sido posible culminar con éxito esta gran etapa de nuestras vidas.

Agradezco a los todos docentes que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Maldonado Nieto, Roxana Evelyn

AGRADECIMIENTO

Como prioridad quiero agradecer a Dios por su infinita bondad, por darme salud, fortaleza, responsabilidad y sabiduría, por haber permitido culminar un peldaño más de mis metas propuestas.

A mis Padres, por ser los mejores, por haber estado conmigo apoyándome en los momentos difíciles, por dedicar tiempo y esfuerzo para enseñarme a ser persona de bien, y darme excelentes consejos en mi caminar diario.

A mi tutor de tesis por ser un gran amigo y un pilar fundamental para mi aprendizaje, quien, con sus conocimientos y su gran trayectoria, ha logrado en mí culminar este proceso de titulación. Y a mi compañera y amiga de tesis porque sin el equipo que formamos, no habiéramos logrado esta meta.

Agradezco a los todos docentes que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Nevárez Cortez, Jefferson Fabio

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por haberme dado la fortaleza para poder lograr uno de mis más grande anhelos que es culminar mis estudios universitarios.

A mis padres por darme la vida y enseñarme a ser más fuerte cada día, pero sobre todo gracias infinitas a mi esposo por su gran aporte en este largo camino, a mis amados hijos gracias por toda la paciencia por entenderme y ser mi mayor inspiración. No fue fácil pero siempre estuvieron ahí para mi aún en los momentos más difíciles para enseñarme que con constancia y perseverancia todo era posible. Hoy no tengo palabras para agradecer las incontables veces que me brindaron su apoyo en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida.

A mi mejor amiga gracias por estar ahí para mí, por sus consejos, apoyo, por estar siempre presente en los momentos importantes de mi vida, por ser paciente y entenderme en los duros momentos que he tenido que atravesar en este largo caminar.

Maldonado Nieto, Roxana Evelyn

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres por todo su amor, comprensión y apoyo, pero sobre todo gracias infinitas por la paciencia que me han tenido. No tengo palabras para agradecerles las incontables veces que me brindaron su apoyo en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida.

A mi hija por darme todo su afecto y cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi fortaleza, de mis ganas de buscar lo mejor para usted, aun con su corta edad me ha enseñado a encontrar el lado dulce de la vida, fuiste eres y serás siempre mi motivación más grande.

A mis hermanos en quienes siempre he encontrado un respaldo incondicional, les deseo el mejor de los éxitos y que en mi vean reflejado que toda meta que se propongan lo podrán alcanzar a pesar de todas las adversidades que se enfrenten en la vida.

Nevárez Cortez, Jefferson Fabio



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MSC
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. HOLGUÍN JIMÉNEZ, MARTHA LORENA. MSC
COORDINADORA DEL AREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

DR. LUIS ALBERTO OVIEDO PILATAXI MGS.
TUTOR

f. _____

LCDA. CALDERON MOLINA, ROSA ELIZABETH. MGS
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. Preguntas de investigación	6
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.3. OBJETIVOS.....	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivo Específicos	8
CAPÍTULO II	9
2. FUNDAMENTACION CONCEPTUAL	9
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.2. MARCO CONCEPTUAL	11
CAPÍTULO III	20
3. DISEÑO METODOLÓGICO	20
3.1. Tipo de estudio	20
3.2. Población y muestra	20
3.3. Criterios de inclusión.....	21
3.4. Criterios de exclusión.....	21
3.5. Procedimiento para la recolección de la información.....	21
3.6. Técnica de Procesamiento y análisis de datos	21
3.7. Variables Generales y Operacionalización	22

3.8. Tabulación, análisis y presentación de resultado	24
3.9. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Sexo de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto	25
Gráfico 2. Edad de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto	26
Gráfico 3. Etnia de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto	27
Gráfico 4. Estado civil de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto	28
Gráfico 5. Nivel educativo de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto	29
Gráfico 6. Tipo de afiliación de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto	30
Gráfico 7. Procedencia de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto	31
Gráfico 8. Clase Funcional de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto	32
Gráfico 9. Fracción de eyección de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto	33
Gráfico 10. Manifestaciones clínicas de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto.....	34
Gráfico 11. Patologías preexistentes de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto	35
Gráfico 12. Localización anatómica del infarto agudo de miocardio	36

RESUMEN

La insuficiencia Cardíaca es una de las principales consecuencias del infarto agudo de miocardio. **Objetivo** de este estudio es describir la insuficiencia Cardíaca postinfarto. **Metodología:** Estudio cuantitativo, retrospectivo, transversal. **Instrumento:** ficha de observación indirecta, **Población:** 353 pacientes. **Muestra:** 184 pacientes. **Resultados:** características sociodemográficas: hombres 76%, edad 70 – 75 años 32%, etnia mestiza 58%, nivel de instrucción secundaria 72%, criterios clínicos: Clase funcional I (Asintomático) 45%, Clase funcional II (Leve) 36%, Clase funcional III (Moderado) 17%; Clase funcional IV (Severo) 3%, fracción de eyección 45% leve y 36% Moderada. Manifestaciones clínicas: dolor precordial 100%, disnea 65%, síncope 56%, diaforesis 55%, otros síntomas 30%; Hipotensión arterial 29%. Patologías preexistentes: hipertensión arterial 73% y Diabetes Mellitus 55%, localización anatómica del infarto transmural de pared anterior 31%. **Conclusiones:** el infarto agudo de miocardio junto a otras patologías existentes y/o factores de riesgos conlleva a la presentación clínica de la insuficiencia cardíaca.

Palabras Claves: Insuficiencia Cardíaca, Postinfarto Agudo de Miocardio, Pacientes

ABSTRACT

Heart failure is one of the main consequences of acute myocardial infarction. **Objective** of this study is to describe post-infarction heart failure. **Methodology:** quantitative, retrospective, cross-sectional study. **Instrument:** indirect observation record, **Population:** 353 patients. **Sample:** 184 patients. **Results:** sociodemographic characteristics: men 76%, age 70 - 75 years 32%, mixed ethnicity 58%, secondary education level 72%, clinical criteria: Functional class I (Asymptomatic) 45%, Functional class II (Mild) 36%, Functional class III (Moderate) 17%; Functional class IV (Severe) 3%, ejection fraction 45% mild and 36% Moderate. Clinical manifestations: chest pain 100%, dyspnea 65%, syncope 56%, diaphoresis 55%, other symptoms 30%; 29% arterial hypotension. Pre-existing pathologies: arterial hypertension 73% and Diabetes Mellitus 55%, anatomical location of the anterior wall transmural infarction 31%. **Conclusions:** acute myocardial infarction together with other existing pathologies and / or risk factors leads to the clinical presentation of heart failure.

Key Words: Heart Failure, Post-Acute Myocardial Infarction, Patients

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, OMS(1) las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo, y se estima que aproximadamente 7,4 millones de las personas padecieron de alguna enfermedad de origen cardiovascular de tipo isquémica, dada su prevalencia del 30% la ubica como primera causa de muerte de todas enfermedades, y se estima que para el 2030 un alrededor 23,6 millones de personas morirán a causa de alguna enfermedad cardíaca y serán principalmente por causa isquémica.

La presentación de la insuficiencia cardíaca posterior a un infarto agudo de miocardio, es una de las causas más comunes a nivel hospitalario, ya que su instauración, se asocia a cambios en el funcionamiento cardíaco en especial el ventrículo izquierdo, y esto puede presentarse a corto o largo plazo, además su proceso isquémico conlleva a modificaciones anatómica del corazón que pueden repercutir gravemente en el paciente(2).

En Europa la prevalencia de insuficiencia cardíaca fue del 2% y se asume que el 30% de la población afectada no evidencia síntoma alguno, a los cuales se les añaden otras complicaciones asociadas a la misma con la insuficiencia cardíaca e inclusive a otros factores como edad avanzada, alteraciones del perfil lipídico, sobrepeso u obesidad y sedentarismo, a diferencia de los Estados Unidos se diagnosticaron 2.200 casos de muertes, de los cuales 2,9 fueron por causa de insuficiencia cardíaca posterior a un infarto agudo de miocardio, reflejando una prevalencia del 3% y se estima que aumentaran los casos entre el 10 al 20% para el año 2030(3).

Según Enrique Ruiz(5), miembro de la Sociedad Sudamericana de Cardiología de Ecuador 2018 refiere que la enfermedades de origen cardiovascular tiene un impacto significativo, en la población Ecuatoriana debido a que el 14% de la población presenta alguna patológica de base como hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, arritmias cardíacas e

insuficiencia cardiaca, siendo esta última desapercibida por los pacientes, lo cual genera gastos no solo a nivel familiar sino a nivel hospitalario y que aproximadamente 199 mil personas fueron diagnosticados con esta condición y que generaron costos de alrededor de 228 millones al estado.

El propósito de la investigación es describir la Insuficiencia Cardiaca Postinfarto agudo de miocardio en pacientes. Es un estudio con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, retrospectivo, transversal. Para la recolección de los datos se empleó la técnica de observación indirecta. Los resultados han permitido actualizar las estadísticas de este problema de salud, en pacientes con problemas cardiológicos.

Para una mejor comprensión, está clasificado en varios capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, Preguntas de investigación; Justificación y Objetivos.

Capítulo II: Fundamentación conceptual: Marco Referencial y Marco Conceptual; Fundamentación Legal.

Capítulo III: Materiales y Métodos; Variables generales y Operacionalización; Presentación y análisis de resultados; Conclusiones; Discusión; Recomendaciones; Referencias Bibliográficas; Anexos.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo sigue una línea de investigación de Salud y Bienestar Humano de la sub-línea de investigación Enfermedades crónicas y degenerativas. La insuficiencia cardiaca requiere de atención médica inmediata que por lo general en ocasiones lleva a largos estadios de hospitalización a los paciente, en especial en aquellos de edad avanzada y factores de riesgos asociados, sin embargo, a pesar de que el medico brinde el tratamiento u otros dispositivos que ayuden a la función cardiaca esta sigue siendo un problema a nivel mundial por su alta morbimortalidad y carga económica que genera(6).

Según la American Heart Association, en los Estados Unidos, AHA(7) la insuficiencia cardiaca represento una mortalidad de aproximadamente 801.000 casos lo que equivale a 1/3 defunciones, y se estima que diariamente cada 40 segundos fallecen 2,200 estadounidenses por alguna enfermedad cardiaca, abarcando como primer instancia a las enfermedades hipertensivas e isquémicas, las cuales como consecuencia disminuyen la función cardiaca instaurándose así la insuficiencia cardiaca, lo cual genera costos en salud ya sea manera directa e indirecta.

Por otra parte, en España, la insuficiencia cardiaca postinfarto representa al 3% de todos los ingresos hospitalarios en mayores de 65 años, ubicándolo como la primera causa de hospitalización y de representar costos a nivel sanitarios y familiar, según el Ministerio de Sanidad y Política social para el 2017 se originaron 113,726 altas hospitalarias de los cuales el 30% de casos fueron diagnosticados con afecciones cardiaca, siendo el 10% pacientes con insuficiencia cardiaca pos infartados(8).

En Cuba, la prevalencia de insuficiencia cardiaca se estima entre 1 y 2 % de la población general, y a medida que avanza la edad la tasa de mortalidad va entre el 5 y 10% en pacientes con síntomas leves y del 30-50% con síntomas graves, evidenciando que el 50% de los pacientes con esta afección tienen un

tiempo de supervivencia de 4 años aproximadamente y disminuye más aún si tienen complicaciones graves(9). En Colombia(10) en el 2018 la insuficiencia cardiaca afectó a aproximadamente a 1 millón de colombianos, de los cuales el 60% fueron varones y 40% mujeres, lo que reflejó una prevalencia de 2% de la población general.

A diferencia de Ecuador según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC(4) en el año 2016 sucedieron 6.513 de defunciones de causa isquémica, lo cual fue la primera causa de muerte en el país, siendo la población masculina 3.747 (10%) y la femenina 2.766 (9%), además las enfermedades hipertensivas fueron del 5% (3.487) e insuficiencia cardiaca 2%(963). Según el Ministerio de Salud Pública, MSP(11) manifiesta que las enfermedades crónicas no trasmisibles como hipertensión arterial y las enfermedades isquémicas son las principales causales de padecer insuficiencia cardiaca lo cual genera una carga para los servicios sanitarios.

Actualmente en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, ingresaron pacientes con alguna afección cardiaca de tipo isquémica que conllevaron a los pacientes a padecer de insuficiencia cardiaca que junto a otros factores de riesgos pueden complicar más aun la enfermedad, razón por lo cual llamo la atención este estudio que permitirá describir que características, criterios clínicos, manifestaciones clínicas y localización anatómica de infarto agudo de miocardio que tienen estos pacientes que llevaron a padecer de insuficiencia cardiaca, es por eso que este estudio procede a realizar las siguientes interrogantes:

1.1. Preguntas de investigación

- ¿Qué características sociodemográficas de los pacientes que presentaron insuficiencia cardíaca postinfarto agudo de miocardio ingresado en el Hospital IESS Ceibos?
- ¿Cuáles son los criterios clínicos según la New York Heart Association que presentan los pacientes de 50 a 75 años ingresados que presentaron insuficiencia cardíaca postinfarto agudo de miocardio en el Hospital IESS Ceibos?
- ¿Cuáles son las patologías preexistentes de los pacientes de 50 a 75 años ingresados que presentaron insuficiencia cardíaca postinfarto agudo de miocardio en el Hospital IESS Ceibos?
- ¿Cuáles son las manifestaciones y localización anatómica de infarto agudo de miocardio más frecuente en los pacientes postinfarto agudo de miocardio que presentaron insuficiencia cardíaca?

1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación tiene una sustentación en la medicina basada en evidencia, en la cual describe que la insuficiencia cardiaca la primera causa de morbimortalidad en pacientes postinfarto, ya que en los países de primer mundo el infarto agudo de miocardio es la primera causa de muerte de las enfermedades no transmisibles.

Este estudio se basa en la observación de los pacientes que llegan infartados al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020 que se complican con insuficiencia cardiaca, ya que llamó la atención las características y criterios clínicos que presentaron los pacientes y es ahí que el personal de enfermería debe conocer como es la presentación sintomatológica y clínica para poder intervenir en el manejo de estos pacientes como el control de los fluidos, control de diuresis, control de la dieta hiposódica, balance hidroelectrolítico y control del aparato respiratorio como la gasometría arterial.

El estudio es de gran relevancia y beneficio porque a través de los resultados se ha podido actualizar los datos de esta complicación en pacientes con patologías cardiológicas. Así mismo como futuros profesionales el conocimiento adquirido permitirá establecer algunas estrategias de intervención con el equipo multidisciplinario para contribuir a la recuperación, rehabilitación y reinserción a una mejor calidad de vida.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

- Describir la insuficiencia Cardíaca postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020.

1.3.2. Objetivo Específicos

- Establecer las características sociodemográficas de los pacientes que presentaron insuficiencia cardíaca postinfarto agudo de miocardio ingresado en el Hospital IESS Ceibos.
- Identificar los criterios clínicos según la New York Heart Association que presentan los pacientes de 50 a 75 años ingresados que presentaron insuficiencia cardíaca postinfarto agudo de miocardio en el Hospital IESS Ceibos.
- Describir las patologías preexistentes de los pacientes de 50 a 75 años ingresados que presentaron insuficiencia cardíaca postinfarto agudo de miocardio en el Hospital IESS Ceibos.
- Categorizar las manifestaciones y localización anatómica de infarto agudo de miocardio más frecuente en los pacientes postinfarto agudo de miocardio que presentaron insuficiencia cardíaca.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACION CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Montero y su colaboradores(12) realizado en España en el 2016 mediante un estudio retrospectivo de recolección de datos del periodo de 1 de octubre 2000 al 28 de febrero del año 2001 en diferentes unidades hospitalarias, donde se analizaron las diferentes comorbilidades en pacientes con insuficiencia cardíaca, en una población de 2,127 pacientes que habían ingresado en ese periodo, con una edad media de 77 años, siendo las mujeres con mayor predominio del 57% a diferencia del sexo masculino que la edad media fue 75 años siendo en ambos casos clase funcional III/IV de la New York Heart Association en el 41%, con una conservada fracción de eyección 53%, se hallaron factores de riesgos en el 60% de los pacientes como diabetes mellitus 39% y EPOC 31%.

Las autoras Batallas y Rodríguez(13) en una población de 80 pacientes, siendo el 60% mujeres con edad promedio de 79,2 años en rango de edad de 30 a 98 años, de los cuales el 1% es de etnia afrodescendientes y 99% etnia mestiza, 49% tienen instrucción secundaria, 43% primaria y 9% instrucción Superior, de acuerdo al estado civil 69% son casados, 24% son viudos, 3% solteros, 5% divorciados. De acuerdo a los antecedentes cardiacos el 6% presentaron Cardiomegalia, 10% presentaron Arritmia cardiaca, 9% Fibrilación auricular; 89% Hipertensos; 5% presentan IAM, 1% Sincope, de acuerdo a la clase funcional el 45% presenta Clase Funcional II, 28% Clase Funcional III, 15% Clase Funcional IV, y 13% pertenece a la Clase Funcional I. En cuanto a los síntomas cardíacos el 93% presenta disnea, 73% edema; 68% Ortopnea, 71% disnea paroxística nocturna, 43% tos, 79% astenia y 61% pesantes de piernas.

Manjarrez Humberto(14) en un estudio retrospectivo realizado en el durante el periodo 2017 -2018 mediante la recolección de datos de las historias clínicas de los pacientes ingresados, en una población de 101 pacientes

diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca Izquierda, de los cuales 46% corresponden al sexo femenino y 54% masculino, el rango de edad fue del 25% (27-35 años), 35% (36-44 años) y 40% (45-49 años), siendo el 71% de la zona urbana, y un estado económico bajo, lo cuales presentaron factores de riesgo hipertensión arterial 31%, infarto agudo de miocardio 19%, Diabetes Mellitus 14%, según los medios diagnósticos las pruebas ecocardiográficas reflejaron disfunción ventricular diastólica izquierda 42%, disfunción ventricular sistólica izquierda 36% y afección global del ventrículo izquierdo 22%.

La autora Anguita(15) en una población de 3.909 pacientes, siendo la edad con mayor predominio con el 40% mayores de 70 años, de los cuales el 67% son hombres, la causa de la insuficiencia cardíaca fue de origen isquémico en el 41% de los casos, hipertensiva 19%, miocardiopatía y valvular 17%, y otras 6%. La fracción de eyección es del 45% en el 68% de los casos. El tratamiento otorgado fue diuréticos 86%, digoxina 37%, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina 87%, espironolactona 32%, bloqueadores beta 59% y nitratos 28%.

González et al.,(16) en su estudio realizado en una población de 2.145 pacientes, con una edad media de 77,2 años de los cuales el 57% fueron mujeres y el 43%, varones, con un nivel cultural bajo 59%, de acuerdo a la fracción de eyección del ventrículo izquierdo el 54% presentaba fracción de eyección normal. Las comorbilidades de mayor presentación fueron fibrilación auricular 46%, diabetes 38%, obesidad 64% dislipemia 60%, anemia 27% insuficiencia renal 7%. De acuerdo al ecocardiograma el 40% presentaba una fracción de eyección del ventrículo izquierdo $\geq 45\%$.

El estudio de Chipantiza(17) realizado en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en edades de 60 a 70 presentados durante enero 2016 a diciembre 2018, observó que el grupo etario con más afecciones fue el sexo masculino entre 60 a 70 años, dentro de las patologías con mayores casos estudiados se encontró que el 34% tiene hipertensión arterial, enfermedad renal crónica 16%, diabetes mellitus 15% EPOC y eventos cerebrovasculares

5% y cardiopatía isquémica 2%, lo cual estas patologías son predominantes a la aparición de insuficiencia cardiaca congestiva.

El estudio descriptivo y cuantitativo de García y Párraga(18) en una población de 141 pacientes con insuficiencia cardiaca, el 62% son hombres y 38% mujeres, el 62% se mantiene en un rango de edad entre 65-80 años, según la clase funcional según la NYHA, existe predominio de grado II (33%); grado II (30%); clase funcional IV (22%) y clase I (16%), con antecedentes de hipertensión arterial 48%, cardiopatía isquémica 24% y no tuvo ningún antecedente 6%, en base a la clase funcional el 2% en Clase Funcional NYHA-I, el 5% en Clase Funcional NYHA II, mientras que la Clase Funcional NYHA -III fue del 46% y la Clase Funcional NYHA -IV del 48%.

Los autores Lituma y Delgado(19) en su estudio descriptivo tomo a una población de 184 pacientes, durante el mes de enero del 2013 a enero del 2014 mediante la obtención de datos a través de las historias clínicas y de los reportes eco cardiográficos, como resultado se obtuvo que la población dentro de grupo etario predomino la edad de 40 años, de las cuales el 61% correspondió al sexo femenino, con antecedentes de 65% valvulopatías, 54% hipertensión arterial, 33% arritmias, 11% DM2 y 8% cardiopatía isquémica.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Insuficiencia cardiaca

La insuficiencia cardíaca se caracteriza por la incapacidad que tiene el corazón para bombear sangre y proporcionar las necesidades metabólicas que el organismo requiere, y el cual no es capaz de mantener el llenado sanguíneo que llega a las cavidades cardiacas, lo cual produce en el organismo un estado de compensación que se puede adaptar al proceso patológico por sus distintos mecanismos de compensación, y esta anomalía ya sea a corto o largo plazo producirá síntomas y signos que evidencia la enfermedad como consecuencia de llenado anormal(20). Este síndrome se caracteriza porque los pacientes presentan características

similares como disnea de esfuerzo, fatiga, edema de miembros inferiores, congestión pulmonar, ortopnea y disnea en reposo(21).

Clasificación de la Insuficiencia Cardíaca

Aguda y crónica

La *insuficiencia cardíaca aguda* se caracteriza por la aparición súbita, siendo esta la forma más grave debido a que se manifiesta con síntomas de edema agudo de pulmón y disnea además de ansiedad, bradipnea, tos, expectoración, palidez y frialdad, siendo estas las causas como crisis hipertensivas, ruptura vascular, valvulopatías, infarto agudo de miocardio y trombo embolismo pulmonar(21).

A diferencia de la Insuficiencia cardíaca Crónica, que tiene una aparición de forma paulatina con evidencia de signos congestivo debido a falla ventricular derecho o secundario a falla izquierdo, siendo los causales principales la miocarditis, miocardiopatías dilatadas y enfermedades vasculares, su sintomatología radica con hepatomegalia, edema y ascitis(21).

Sistólica y diastólica

La *Insuficiencia cardíaca sistólica* se caracteriza por la dificultad de la contracción miocárdica y a disminución del gasto cardíaco, produciendo síntomas de cansancio, y estas pueden ser por causas primarias como miocardiopatías dilatadas o infarto agudo de miocardio y por causas secundarias como valvulopatías e hipertensión arterial(21).

La *Insuficiencia cardíaca diastólica* se debe al aumento de la presión intra-ventricular por disminución de la fase de llenado produciendo debilidad las paredes del ventrículo y variaciones en la expansión del ventrículo que dificultan el llenado(21).

Manifestaciones clínicas

Dentro de las manifestaciones clínicas los síntomas evidentes de la enfermedad son disnea de esfuerzo lo cual produce intolerancia ante el

ejercicio, además de presentarse fatiga, cansancio y congestión pulmonar sistémica y como consecuencia alteración en la resistencia vascular periférica. Se añade además que los signos cardinales de la insuficiencia cardíaca derecha se caracterizan por edema y la insuficiencia cardíaca izquierda disnea(22). A continuación se presenta una imagen de los síntomas y signos típicos y específicos de la insuficiencia cardíaca(23).

Tabla 1. Síntomas típicos y signos específicos de IC.

<i>Síntomas típicos</i>	<i>Signos específicos</i>
Disnea	Presión venosa yugular aumentada
Ortopnea	Reflujo hepatoyugular
Disnea paroxística nocturna	Ritmo de galope (R3)
Reducción de la tolerancia al ejercicio	Impulso apical desplazado lateralmente
Fatiga, cansancio, aumento del tiempo de recuperación posejercicio	Soplo cardíaco
Edema de tobillos	

Patologías preexistentes

Entre las patologías que pueden presentarse como causas de insuficiencia cardíaca se menciona las siguientes:

Enfermedad isquémica o coronaria.

Las enfermedades isquémicas de tipo miocárdica producen un daño a nivel del musculo cardiaco necrosis que es ocasiones suele ser irreversible que puede asociarse sino es tratado a una insuficiencia cardíaca, usualmente los pacientes con angina o que han padecido de infarto en cual localización anatómica del corazón tiene disfunciones ventriculares como producto de una

hibernación miocárdica por áreas hipoperfundidas que produciendo alteración en la capacidad del bombeo sanguíneo(24).

Hipertensión arterial.

Esta patología es el responsable del 75% de los pacientes en desarrollar insuficiencia cardíaca, ya que elevados niveles de presión arterial por encima de >160/90 mm Hg y añadiendo la edad mayor a 60 años el riesgo es doble ya que promueve un estado pro fibrótico lo cual conduce a la interrupción desmedida de colágeno(25).

Valvulopatías.

La presencia de valvulopatías constituye un problema de daño a nivel cardíaco y dependiendo el grado de severidad y síntomas va a presentar complicaciones a nivel funcional del corazón ya que puede debutar con arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca, dolor torácico, edema pulmonar, fibrilación auricular o endocarditis infecciosa(26).

Miocardiopatías.

La miocardiopatía dilatada es también una de las causas más frecuente de presentación de la insuficiencia cardíaca en especial en pacientes con trasplante cardíaco, debido a que la miocardiopatía se caracteriza por dilatación y disfunción de los ventrículos que generalmente se acompaña de hipertrofia de los mismos(27).

Arritmia

La arritmia más frecuente que se asocia con la insuficiencia cardíaca es la fibrilación auricular, su presencia aumenta el riesgo de complicaciones tromboembólicas que pueden empeorar el diagnóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca(28).

Infarto de miocardio

La insuficiencia cardíaca y las arritmias son las dos principales alteraciones cardíacas que se manifiesta después que el infarto agudo de miocardio, debido a que el músculo cardíaco necesita de un suministro de sangre oxigenada para llevar el proceso de recuperación, dependiendo del grado de

lesión que causo el infarto. En ocasiones estas alteraciones no son reconocidas de forma inmediata provocaran muerte súbita en el paciente(29).

Criterios de Framingham

El diagnóstico de insuficiencia cardiaca requiere de la presencia simultánea de al menos 2 criterios mayores o de 1 criterio mayor y 2 criterios menores(30). A continuación, se muestra una tabla de los criterios de mayores y menores de Framingham(30,31):

Mayores	Menores	Mayores o menores
Disnea paroxística nocturna	Edema bilateral de miembros inferiores	Adelgazamiento > o = 4.5 kg después de 5 días de tratamiento
Ingurgitación yugular	Tos nocturna	
Estertores	Disnea de esfuerzo	
Cardiomegalia	Hepatomegalia	
Edema agudo de pulmón	Derrame pleural	
Galope con tercer ruido	Disminución de la capacidad vital a 1/3 de la máxima registrada	
Reflujo hepatoyugular	Taquicardia (frecuencia cardiaca > 120 lat/min)	
Pérdida de peso > 4,5 kg en 5 días en respuesta al tratamiento		

Obtenido de Criterios de Framingham mencionado por López y Bello (30,31)

Clase Funcional o Valoración funcional de Insuficiencia Cardíaca

La capacidad funcional se divide en cuatro grupos o clases(32):

- **Clase I:** Pacientes con padecimiento cardíaca y sin limitaciones en la actividad física, las actividades cotidianas no causan al paciente fatiga, palpitaciones, dificultad respiratoria ni dolor de pecho.
- **Clase II:** Pacientes con enfermedad cardíaca con ciertas limitaciones en la actividad física, pero cede en el reposo. Las actividades usuales como caminar, subir escaleras les producen fatiga, palpitaciones, falta de aire o dolor de pecho.

- **Clase III:** Pacientes con enfermedad cardíaca con marcada limitación en la actividad física, cede al reposo. Las actividades como bañarse, peinarse, desplazarse unos metros les producen fatiga, palpitaciones, falta de aire o dolor de pecho.
- **Clase IV:** Pacientes con enfermedad cardíaca con incapacidad de realizar cualquier actividad con dificultad, presenta sensación de falta de aire o el dolor de pecho e incluso durante en reposo.

Fracción de eyección

La fracción de eyección es la cantidad de sangre que el ventrículo izquierdo expulsa sangre hacia afuera con cada movimiento de contracción, esta puede estar disminuida si el músculo cardíaco está lesionado por alguna causa de origen isquémico o por la presencia de insuficiencia cardíaca u otro problema de origen cardiaco(33).

Estas pueden ser:

- ✓ Normal: 50–70%
- ✓ Leve/moderada: 40 - 30%
- ✓ Moderada/grave: 30 – 20%
- ✓ Menos del 20% Terminal

Los pacientes con insuficiencia cardiaca de tipo diastólica presentan una fracción de eyección preservada, debido a que el músculo cardíaco se contrae normalmente, pero los ventrículos no se relajan. Mientras que los pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica tienen una fracción de eyección reducida debido a que el musculo no se contrae de forma eficiente y bombea menos sangre oxigenada.

Localización anatómica de infarto agudo

La localización del infarto agudo de miocardio visualizado a través del electrocardiograma mediante las derivaciones precordiales y bipolares son los siguientes:

- IAM de pared anterior: V1 a V6

- IAM anteroseptal: V1 a V4
- IAM de cara diafragmatica: D2 – D3 – aVF
- IAM de cara lateral: D1 – aVL – V5 – V6

Otras localizaciones anatómicas y términos utilizados a nivel hospitalario

- IAM de la pared anterior.
- IAM de la pared inferior.
- Transmural de otros sitios
- Transmural, de sitio no especificado
- Subsecuente de la pared inferior
- Subsecuente del miocardio, de parte no especificada
- IAM antiguo

2.3. MARCO LEGAL

De acuerdo a La asamblea nacional constituyente expide la presente Constitución política de la república del Ecuador(34):

Art. 47.- En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos(34).

Art. 54.- El Estado garantizará a las personas de la tercera edad y a los jubilados, el derecho a asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios. El Estado, la sociedad y la familia proveerán a las personas de la tercera edad y a otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley regulará la aplicación y defensa de estos derechos y garantías(34).

Art. 58.- La prestación del seguro general obligatorio será responsabilidad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma dirigida por un organismo técnico administrativo, integrado tripartita y paritariamente por representantes de asegurados, empleadores y Estado, quienes serán designados de acuerdo con la ley(34).

Su organización y gestión se regirán por los criterios de eficiencia, descentralización y desconcentración, y sus prestaciones serán oportunas, suficientes y de calidad. Podrá crear y promover la formación de instituciones administradoras de recursos para fortalecer el sistema previsional y mejorar la atención de la salud de los afiliados y sus familias. La fuerza pública podrá tener entidades de seguridad social(34).

Art. 60.- El seguro social campesino será un régimen especial del seguro general obligatorio para proteger a la población rural y al pescador artesanal del país. Se financiará con el aporte solidario de los asegurados y empleadores del sistema nacional de seguridad social, la aportación diferenciada de las familias protegidas y las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo. Ofrecerá prestaciones de salud, y protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte(34).

Los seguros públicos y privados que forman parte del sistema nacional de seguridad social, contribuirán obligatoriamente al financiamiento del seguro social campesino a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, conforme lo determine la ley.

Ley Orgánica De La Salud establece(35):

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad,

participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético(35).

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables(35).

Art. 7.- Toda persona tiene en relación a la salud los derechos siguiente(35):

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados,
- c) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- d) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos.
- e) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;
- f) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo,

Método: Cuantitativa, Retrospectivo

Diseño: Corte Transversal

3.2. Población y muestra

La población la conformaron 353 pacientes que ingresaron al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020. La muestra estará conformada por 184 pacientes obtenidos mediante la aplicación de una fórmula para poblaciones finitas que determinó el número de casos a estudiar, los cuales serán escogidos mediante muestreo aleatorio simple donde toda la población tiene la probabilidad de ser escogidos. La fórmula empleada para la obtención de la muestra fue la siguiente: $n = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 + (N-1) z^2 (p \cdot q)}$

Donde:

- **n**= tamaño de la muestra
- **z**= nivel de confianza deseado 95% = 1,96%
- **N**= población
- **p**= proporción deseada 50%
- **q**= proporción no deseada 50%
- **e**= error 0,05

Obteniendo como resultado:

- $n = (1,96)^2 (353) (0.50) (0.50) / (0,05)^2(352) + (1,96)^2 (0.50) (0.50)$
- $n = 339,02 / 1,84$
- **n = 184 total de la muestra**

3.3. Criterios de inclusión

Pacientes con Insuficiencia Cardíaca Postinfarto

Pacientes en el rango de edad establecidos

3.4. Criterios de exclusión

Pacientes con otras patologías

Pacientes con historias clínicas incompletas

3.5. Procedimiento para la recolección de la información.

Técnica: Observación indirecta

Instrumento: Guía de observación indirecta.

3.6. Técnica de Procesamiento y análisis de datos

Los datos serán ingresados en una hoja de Excel para su tabulación y análisis respectivo para cada gráfico elaborado.

3.7. Variables Generales y Operacionalización

Variable General: Insuficiencia Cardíaca Postinfarto agudo de miocardio

Dimensión	Indicadores	Escala	Técnica	Instrumento
Características socio-demográficas	Sexo	Hombre Mujer	Observacional	Ficha de observación indirecta
	Edad	50 - 54 55 - 59 60 - 64 65 - 69 70 - 75		
	Etnia	Blanca Mestiza Afro-ecuatoriano		
	Estado civil	Soltero Casado Viudo Unión libre		
	Nivel educativo	Primer nivel Segundo nivel Tercer nivel Cuarto nivel		
	Tipo de afiliación	Seguro general Campesino Jubilados Voluntaria Montepío		
	Procedencia	Costa Sierra Oriente Región Insular		

Dimensión	Indicadores	Escala	Técnica	Instrumento
Criterios clínicos de New York Heart Association	Clase Funcional	Clase I - Asintomático Clase II - Leve Clase III - Moderado Clase IV - Severo	Observacional	Ficha de observación indirecta
	Fracción de eyección	40 - 30% leve/moderada 30 - 20% moderada/grave Menos del 20% Terminal		
Patologías preexistentes	Hipertensión arterial	SI - NO		
	Arritmia			
	Diabetes mellitus			
	Miocardiopatía			
	Otro			
Manifestaciones Clínicas	Dolor precordial	SI - NO		
	Disnea			
	Diaforesis			
	Hipotensión arterial			
	Sincope			
	Otro			
Localización anatómica del IAM	IAM de la pared anterior.	SI - NO		
	IAM de la pared inferior			
	Transmural de otros sitios			

Dimensión	Indicadores	Escala	Técnica	Instrumento
Localización anatómica del IAM	Transmural, de sitio no especificado	SI - NO		
	Subsecuente de la pared inferior			
	Subsecuente del miocardio, de parte no especificada			
	IAM antiguo			

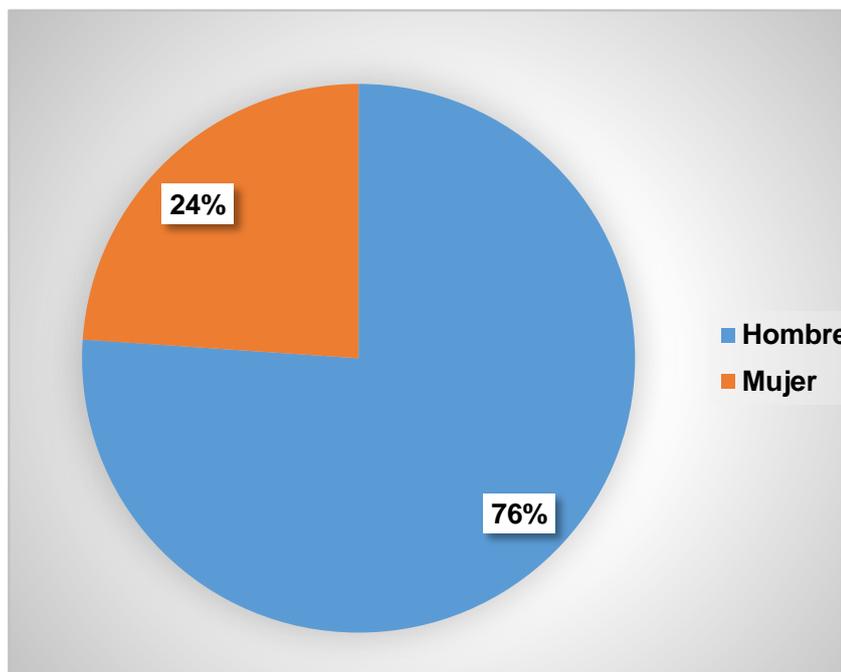
3.8. Tabulación, análisis y presentación de resultado

Para la tabulación de los datos se realizará una base de datos en el programa de Microsoft Excel para la representación gráfica representada de forma porcentual, para posterior realizar el análisis y presentación de los datos obtenidos.

3.9. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Características sociodemográficas de los pacientes.

Gráfico 1. Sexo de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto



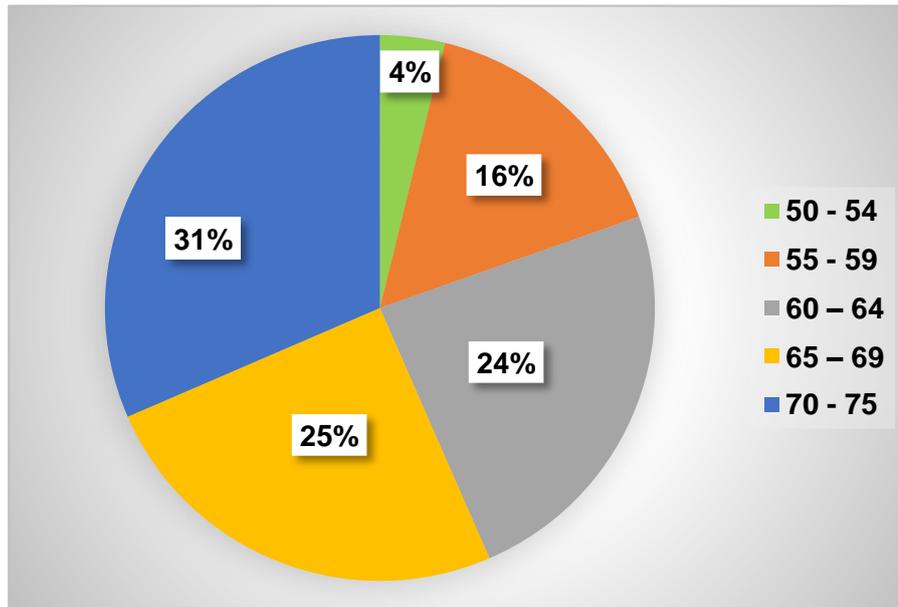
Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.

Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

El presente gráfico no da una visión de que los hombres presentan con mayor porcentaje de insuficiencia cardiaca postinfarto agudo de miocardio. En lo que respecta al sexo el infarto agudo de miocardio se presenta en 1/2 hombres a diferencia de las mujeres que sucede 1/3 pudiendo estos complicarse con insuficiencia cardiaca.

Gráfico 2. Edad de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto



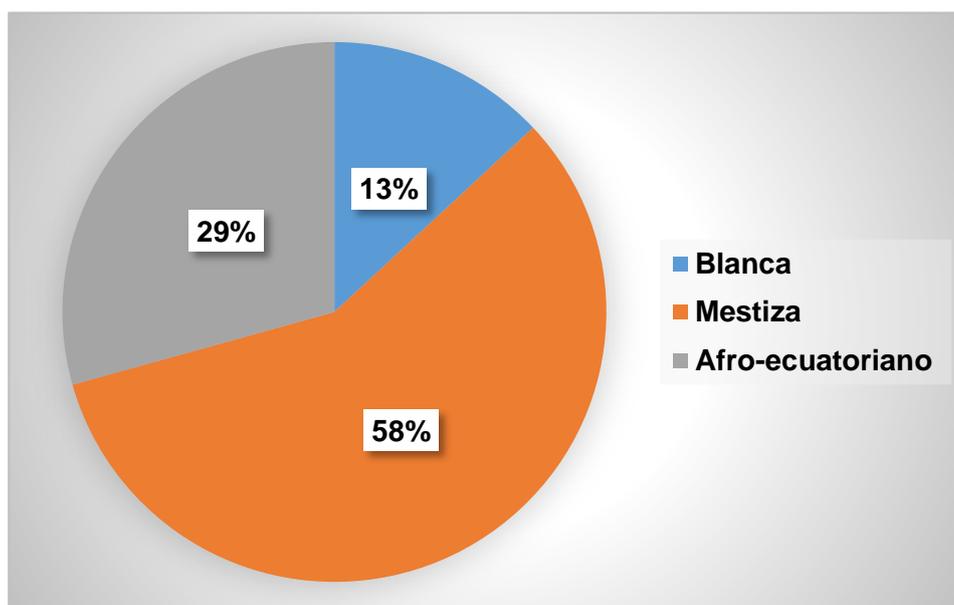
Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.

Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

De acuerdo al gráfico, este estudio se basó en un rango de edad de 50 a 75 años que es la edad promedio de mayor relevancia de insuficiencia cardiaca, lo cual se observó que la población de mayor grupo etario fueron los pacientes de 70 a 75 años con más riesgo de padecer insuficiencia cardiaca posterior al infarto agudo de miocardio.

Gráfico 3. Etnia de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto

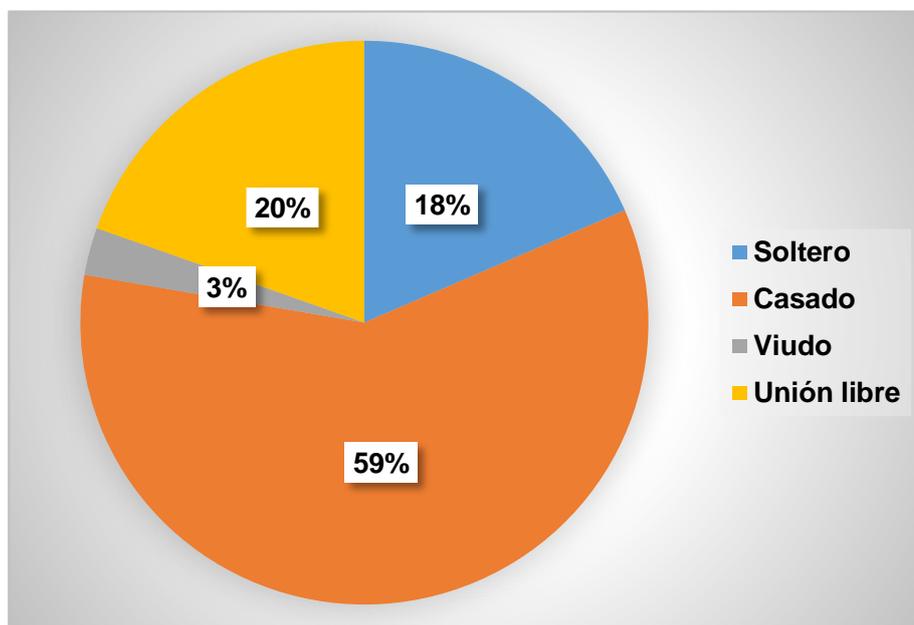


Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.
Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

El Ecuador al ser un país pluricultural y multiétnico, gran parte de la población está conformada por la etnia mestiza que lo hace predominante este estudio. Sin embargo, estudios mencionan que los afrodescendientes tienen menos supervivencia a las enfermedades cardiovasculares a diferencia de las demás etnias.

Gráfico 4. Estado civil de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto

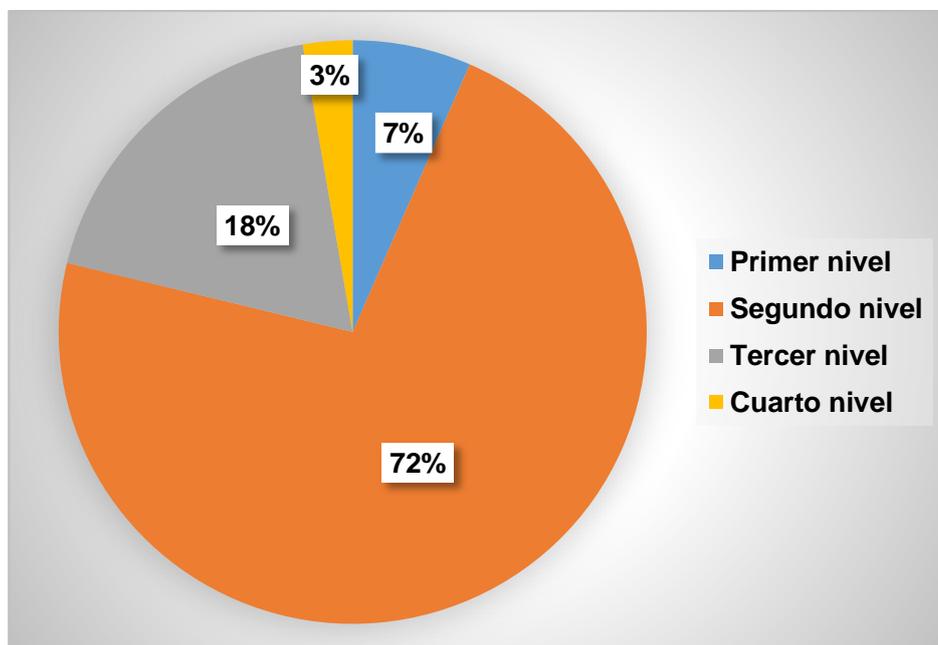


Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.
Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

En cuanto al estado civil de los pacientes se encuentran los casados, seguido de unión libre como la población con más casos de insuficiencia cardiaca postinfarto agudo de miocardio. En ocasiones el estado civil puede ser una fuente de apoyo, de estabilidad emocional y sostenibilidad en un hogar, como también puede ser una fuente de estrés y de preocupación por la falta de recursos e inestabilidad económica.

Gráfico 5. Nivel educativo de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto

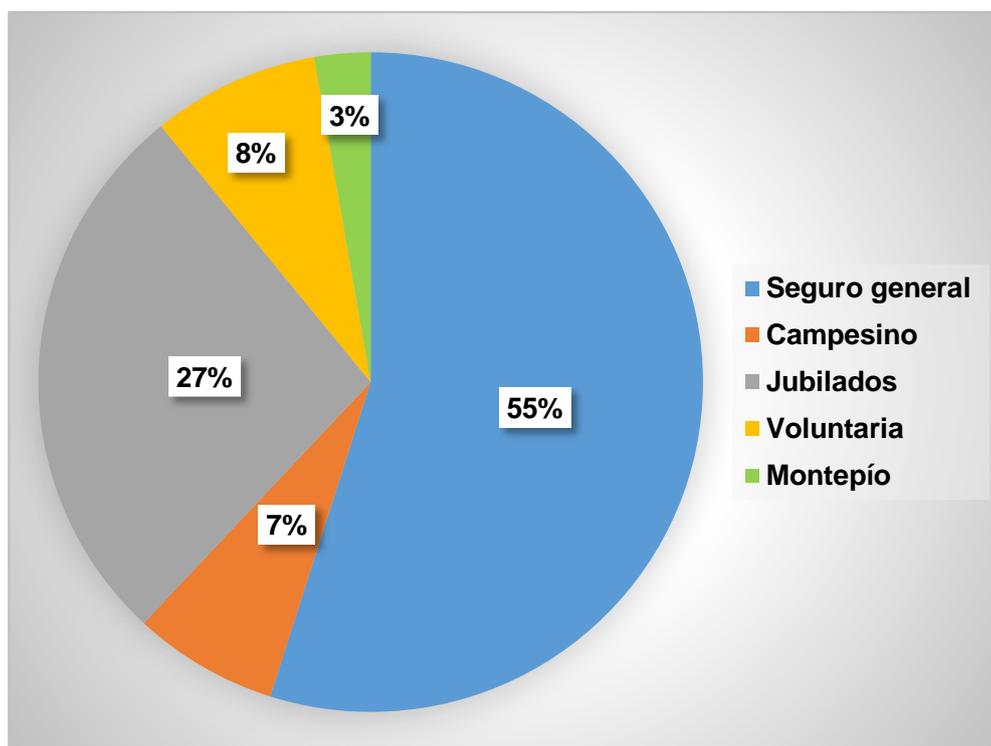


Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.
Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

En cuanto al nivel educativo los estudios secundarios conforma el grado académico de la población estudiada, en ocasiones los pacientes con menor nivel educativo tendrán una educación sanitaria deficiente por lo tanto menos conocimiento de la enfermedad, menos controles médicos y escaso tratamiento o incumplimiento terapéutico.

Gráfico 6. Tipo de afiliación de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto

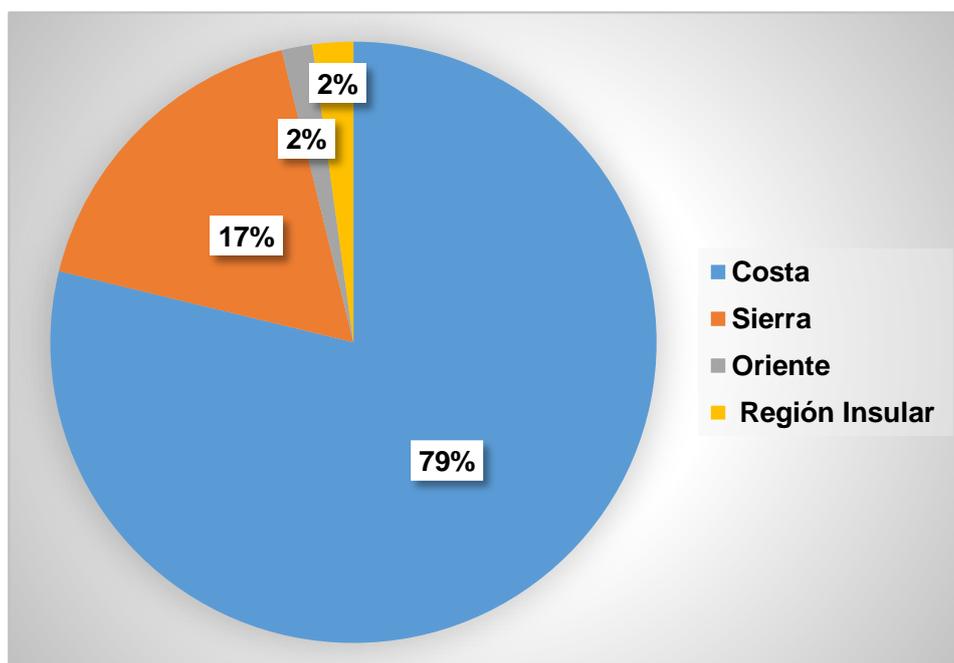


Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.
Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

De acuerdo al tipo de afiliación la población cuenta con seguro general, seguido jubilados, se menciona que aquellos pacientes que están activamente laborando o estén cesantes puede conllevar a tensión laboral o privación o baja estabilidad económica lo lleva padecer de infarto agudo que suele estar vinculado a estrés como causa biológica.

Gráfico 7. Procedencia de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto



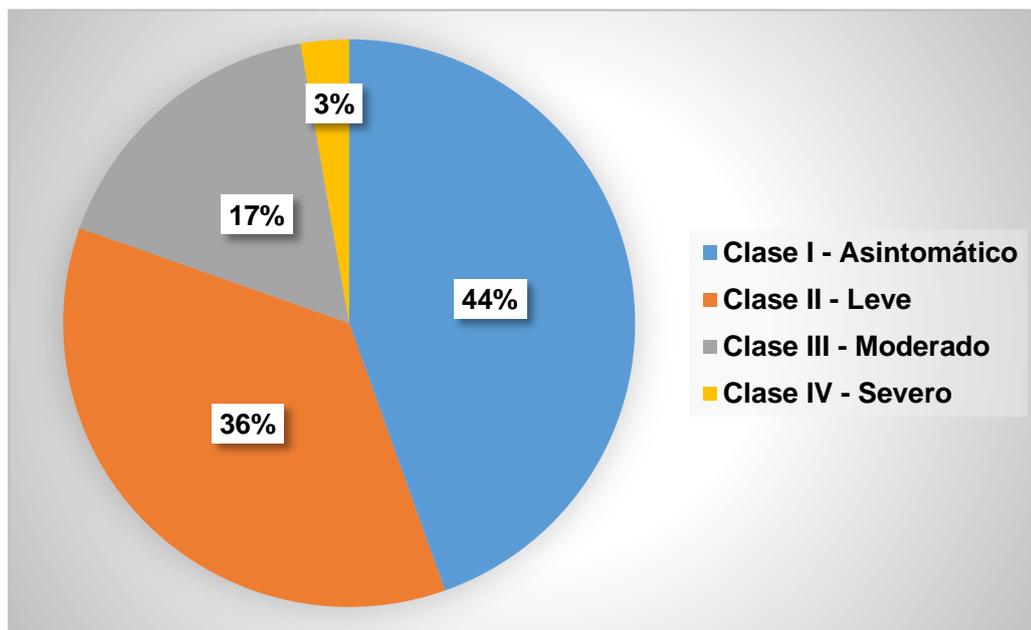
Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.
Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

El estudio refleja que la población es proveniente de la región costa, debido a que el estudio es realizado en la provincia del Guayas, se puede evidenciar que esta provincia cuenta con zonas urbanas y rurales lo cual hace que exista mayor interacción la educación y con atenciones médica, así mismo existe la posibilidad de desigualdad en servicios de salud por las condiciones socioeconómicas al que pertenece el paciente.

Criterios clínicos según la New York Heart Association.

Gráfico 8. Clase Funcional de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto

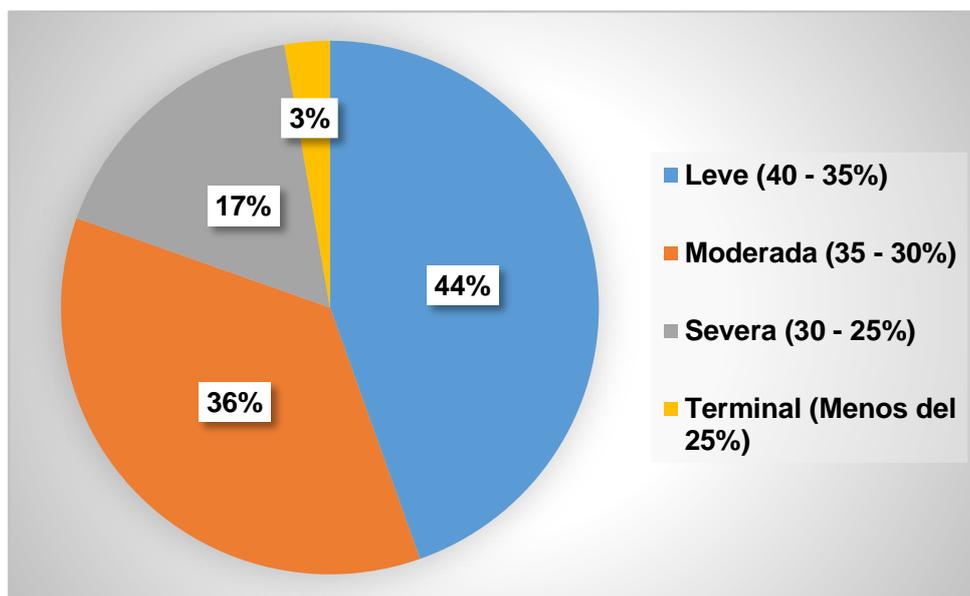


Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.
Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

De acuerdo a la clase funcional de los pacientes se observa que la clase II (leve) y clase I (asintomática) fueron las más comunes en el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca, lo cual refleja que los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen manifestaciones clínicas y de esfuerzo leves o asintomáticas lo cual permitirá al médico otorgar un pronóstico y un criterio decisivo para determinar intervenciones terapéuticas médicas o quirúrgicas para permitir seguir su evolución en base a su tratamiento.

Gráfico 9. Fracción de eyección de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto



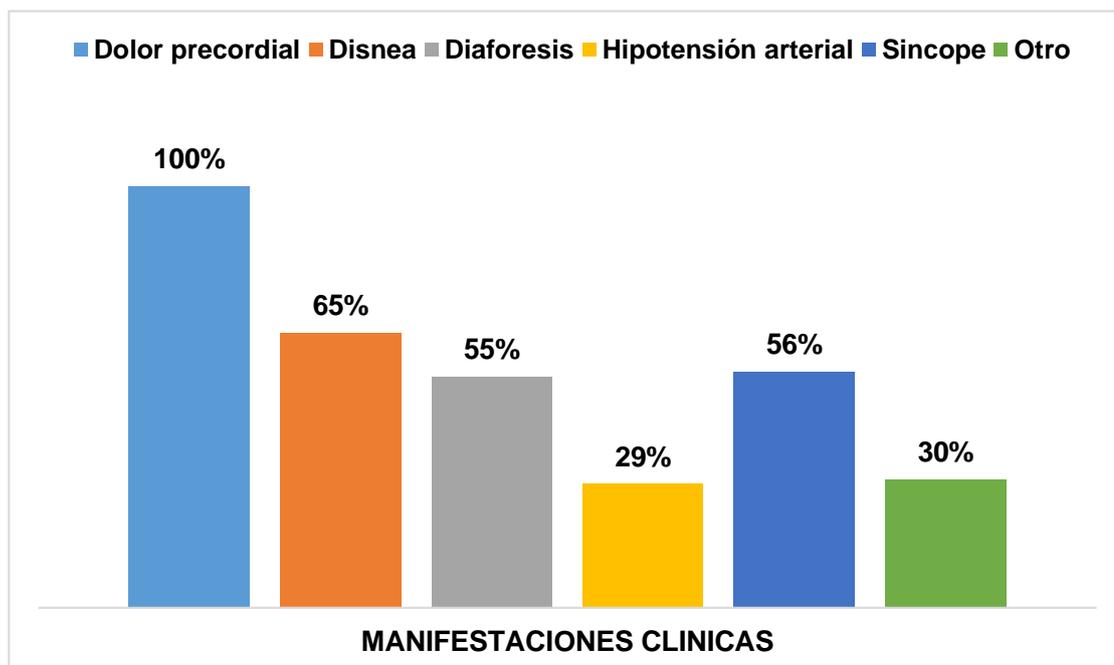
Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.
Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

En el gráfico se puede visualizar, que acorde a la clase funcional dependerá su fracción de eyección, en este caso se muestra que predomina la fracción de eyección leve seguido de la moderada, ya que estos dos parámetros determinarán el pronóstico y tratamiento a seguir.

Manifestaciones clínicas y patologías preexistentes.

Gráfico 10. Manifestaciones clínicas de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto

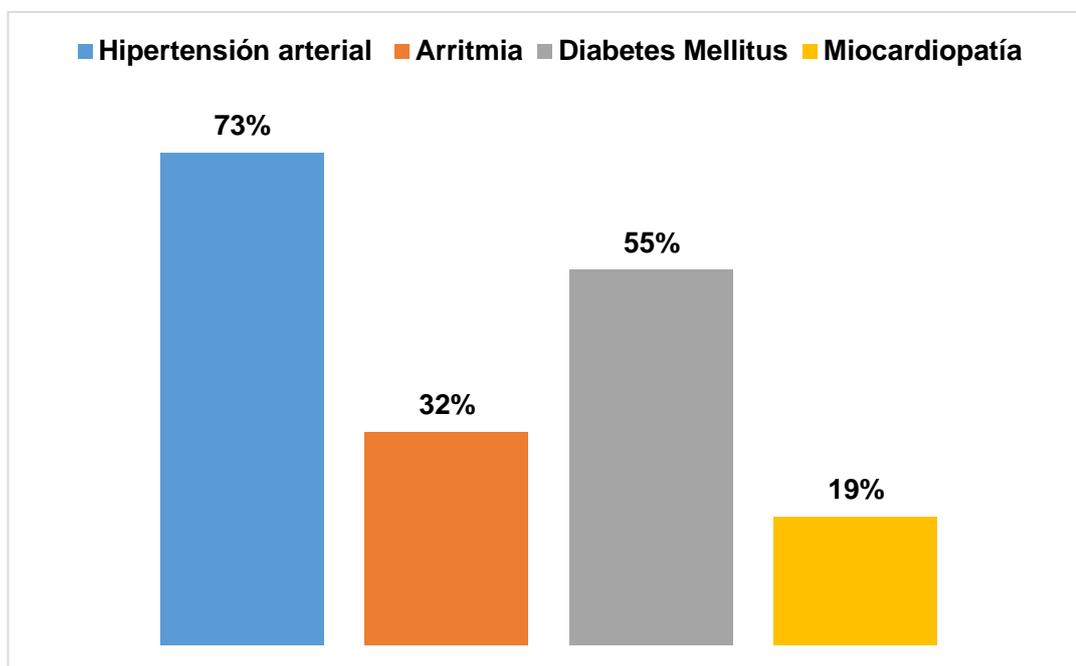


Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.
Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

De acuerdo a las manifestaciones clínicas presentada en los pacientes el dolor precordial, disnea, sincope, y diaforesis predominaron los que demuestra la patognomónica del infarto agudo de miocardio.

Gráfico 11. Patologías preexistentes de los pacientes con insuficiencia cardiaca postinfarto

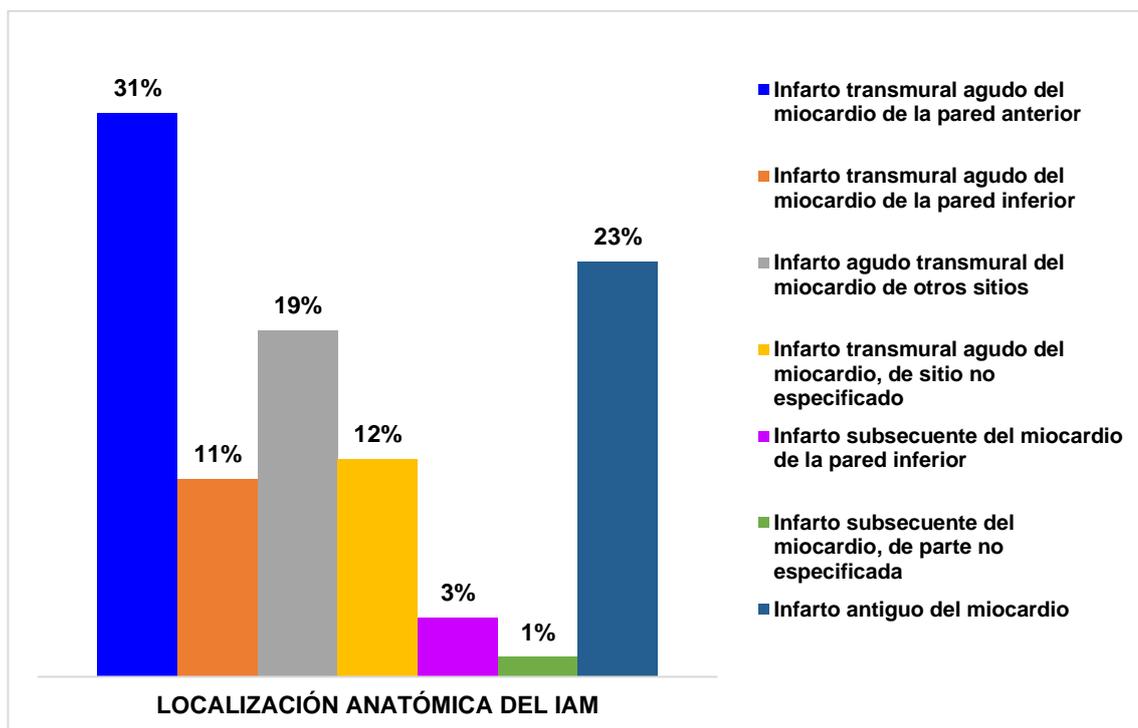


Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.
Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

De acuerdo a las comorbilidades presentadas en los pacientes la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son patologías predominantes para que se produzcan alteraciones de origen cardiovascular ya que son factores de riesgos atribuibles a la enfermedad.

Gráfico 12. Localización anatómica del infarto agudo de miocardio



Fuente: Historia Clínica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.

Elaborado por: Maldonado, Roxana y Nevárez, Jefferson

Análisis e interpretación de los resultados:

De acuerdo a la localización anatómica del infarto agudo de miocardio el infarto transmural de pared anterior, seguido de infarto antiguo del miocardio se presentaron con mayor prevalencia en la población estudiada.

DISCUSIÓN

Montero y su colaboradores(12) en el periodo de 1 de octubre 2000 al 28 de febrero del año 2001 en una población de 2,127 pacientes que habían ingresado, presentaban una edad media de 77 años, siendo las mujeres con mayor predominio del 57% a diferencia del sexo masculino que la edad media fue 75 años. Las autoras Batallas y Rodríguez(13) en una población de 80 pacientes, la edad promedio fue 79,2 años en un rango de edad de 30 a 98 años, de los cuales el 1% es de etnia afrodescendientes y 99% etnia mestiza, 49% tienen instrucción secundaria, 43% primaria y 9% instrucción superior, el estado civil el 69% son casados, 24% son viudos, 3% solteros, 5% divorciados.

Este trabajo la población estuvo conformada por 353 pacientes durante el periodo de enero 2019 hasta marzo 2020, a los cuales mediante la aplicación de una formula quedo una muestra de 184 pacientes, en los cuales predominaron los hombres con el 76%, la edad predominante fue de 70 – 75 años (58%), siendo la etnia mestiza la más predominante este estudio con el 58%, seguida de afro ecuatoriano 46%, el nivel de instrucción fue escolaridad secundaria 72%, nivel superior 18%, siendo el estado civil casados 59% y unión libre 20%. Se estudió el tipo de afiliación la población por lo que se observó que el 55% de la población mantienen un seguro general, lo que refleja que la población está activo laboralmente, seguido de los jubilados 27% que se entiende que esta cesantes.

Manjarrez Humberto(14) en un estudio retrospectivo realizado en él durante el periodo 2017 -2018 en una población de 101 pacientes diagnosticados con Insuficiencia Cardiaca Izquierda, los factores de riesgo encontrados fueron hipertensión arterial 31%, Diabetes Mellitus 14%, disfunción ventricular diastólica izquierda 42%, disfunción ventricular sistólica izquierda 36% y afección global del ventrículo izquierdo 22%. Las autoras Batallas y Rodríguez(13) en una población de 80 pacientes de acuerdo a la clase funcional el 45% presenta Clase Funcional II, 28% Clase Funcional III, 15% Clase Funcional IV, y 13% pertenece a la Clase Funcional I.

En este estudio realizado se hace una similitud en predominio de la comorbilidad presentada ya que la hipertensión arterial fue del 73%, seguido de Diabetes Mellitus 55%, Arritmias cardíacas 32% y miocardiopatías 19%. De los 184 pacientes estudiados la clase funcional fue la Clase I (Asintomático) 45%, Clase II (Leve) 36%, Clase III (Moderado) 17% y Clase IV (Severo) 3%.

Villarroel et al.,(36) De los 52 pacientes analizados el 49% tenían una fracción de eyección igual o mayor del 53% del llenado ventricular la cual es considerada como normal, el 27% una fracción de eyección del 35% considerada leve, 16% una fracción de eyección moderada y el 8% menor al 25% de llenado ventricular. El estudio de Vera(37) menciona que de los pacientes con insuficiencia cardíaca Congestiva entre las manifestaciones clínicas evidentes se presentó la disnea 44%, dolor precordial 28%, síncope 4%.

Este estudio la fracción de eyección se observó que el 45% de los pacientes tiene una fracción de eyección leve representada en 40 - 35% de su llenado ventricular, seguido del 36% Moderada con llenado ventricular del 30 – 35%, Severa (30 - 25%) 17% y Terminal (Menos del 25%) 3%. En este estudio de acuerdo a las manifestaciones clínicas presentada en los pacientes el dolor precordial 100%, disnea 65%, síncope 56%, diaforesis 55%, otros síntomas 30% e Hipotensión arterial 29%.

CONCLUSIONES

- De acuerdo a las características sociodemográficas de los pacientes se estableció que el sexo más susceptible a presentar insuficiencia cardiaca postinfarto agudo de miocardio fueron los hombres, siendo el grupo etario de 70 a 75 años en un rango de edad estudiado de 50 a 75 años de etnia mestiza, con un estado civil casado seguido de la unión libre, con un nivel de instrucción secundaria, su tipo de afiliación de seguridad social médica es general en la mayor parte de la población seguida de jubilados, provenientes de la región costa.
- Según la clase funcional identificada en los pacientes presentaron tipo leve, donde la limitación al ejercicio es normal lo cual no hace evidencian síntomas y signos, seguida de la moderada siendo la limitación del ejercicio normal, pero se evidencia síntomas y signos de manera habitual o ligera, según la fracción de eyección que se refiere al volumen de llenado fue del 40 – 35% (leve), seguido de 35 – 30% moderada, estos dos parámetros tanto de clase funcional y fracción de llenado determinarán el pronóstico y tratamiento que el medico deberá seguir.
- Se determinó que las manifestaciones clínicas presentada en los pacientes fue el dolor precordial como síntoma capital, seguido de sincope, disnea y diaforesis con patologías preexistentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Siendo la localización anatómica de infarto agudo de miocardio la más frecuente en los pacientes con insuficiencia cardiaca fue el infarto transmural de pared anterior.

RECOMENDACIONES

Educar al paciente y su familia acerca de la enfermedad implicándolos principalmente en la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular y la cardiopatía y a su vez motivar en el cumplimiento dietético y la adherencia al tratamiento.

Incentivar al personal médico encargado a evaluar clínicamente al paciente en cada revisión, atendiendo a su capacidad funcional, signos y síntomas de congestión, ritmo cardíaco, estado cognitivo y nutricional, estado de la función renal y revisión de fármacos.

Enseñar al paciente, cuidadores y/o familiares a reconocer los signos de alarma como aumento de peso, edema, diuresis, ortopnea, disnea paroxística nocturna, dolor precordial, cansancio u otro signo de alarma que evidencia la insuficiencia cardíaca congestiva y acudan rápidamente a una unidad médica.

REFERENCIAS

1. OMS. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. WHO. World Health Organization; 2019 [citado 29 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
2. Valenzuela E. La insuficiencia cardiaca en el infarto agudo del miocardio. Arch Cardiol México. 2012;72(S1):52-7.
3. Gómez L. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Biomédica. 2011;31(4):469-73.
4. INEC. Compendio Estadístico 2016 [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2016/Compendio-Digital-2016.pdf>
5. Ruiz E. Insuficiencia cardíaca [Internet]. 2018 [citado 29 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/se-calcula-que-m-s-de-199-mil-ecuatorianos-tienen-insuficiencia-card-aca--92163>
6. Farmakis D, Parissis J, Lekakis J, Filippatos G. Insuficiencia cardiaca aguda: epidemiología, factores de riesgo y prevención. Rev Esp Cardiol. 2015;68(3):245-8.
7. American Heart Association. Resumen de estadísticas de 2017 Enfermedad del corazón y ataque cerebra [Internet]. 2017. Disponible en: https://professional.heart.org/idc/groups/ahamah-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_491392.pdf
8. Montes J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca: aproximación al paciente real en Galicia. Galicia Clínica. 2012;73(Extra 2 (suplemento)):5-11.
9. Guerra E, Viamonte M, Meriño T, Zamora Y, Suárez O. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con insuficiencia cardíaca. MediSan. 2017;21(03):273-8.
10. Mendoza F, Gómez E, Jaramillo C, Saldarriaga C, Florez N, Buitrago R, et al. Consenso Colombiano para el Diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardíaca crónica [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304489588_Consenso_Colombiano_para_el_Diagnostico_y_tratamiento_de_la_Insuficiencia_cardiaca_cronica

11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica Hipertensión arterial [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf
12. Montero M, Conthe P, Román P, García J, Forteza J. Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna. *Rev Clínica Esp.* 2016;210(4):149-58.
13. Batallas M, Rodríguez S. Factores etiológicos y análisis de supervivencia asociados con insuficiencia cardíaca congestiva en consulta externa del servicio de cardiología del Hospital General de las Fuerzas Armadas. Pontif Univ católica Ecuad [Internet]. 2015 [citado 1 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/9848>
14. Manjarrez H. Prevalencia de insuficiencia cardíaca izquierda en pacientes menores de 50 años de edad [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2018 [citado 1 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31027>
15. Anguita M, Registro BADAPIC. Características clínicas, tratamiento y morbimortalidad a corto plazo de pacientes con insuficiencia cardíaca controlados en consultas específicas de insuficiencia cardíaca. Resultados del Registro BADAPIC. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:1159-69.
16. González J, Alegría E, Bertoméu V, Conthe P, Nocito A, Zsolt I. Insuficiencia cardíaca en consultas ambulatorias: comorbilidades y actuaciones diagnóstico-terapéuticas por diferentes especialistas. Estudio EPISERVE. *Rev Esp Cardiol.* 2018;61(6):611-9.
17. Chipantiza T. Factores de riesgos de la insuficiencia cardíaca en pacientes de 40 a 70 años. 2019 [citado 15 de agosto de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/43194>
18. García A. Factores predictores de mortalidad en insuficiencia cardíaca Estudio realizado en el hospital General Del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde junio 2017-2018. 2019 [citado 15 de agosto de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/13553>
19. Lituma A, Delgado C. Prevalencia de insuficiencia cardíaca en pacientes adultos, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2013-2014. 2016 [citado 15 de agosto de 2020]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25525>

20. Moreno R, Fernández J. Insuficiencia Cardíaca. 2017; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/cap_10.pdf
21. Cohen A, Filippatos G, McMurray J, Ponikowski P, Poole P, Strömberg A, et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). 2018; Disponible en: <http://secardiologia.es/images/stories/documentos/guia-icc.pdf>
22. Pereira J. Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. 2016;13.
23. Burguez S. Insuficiencia cardíaca aguda. Rev Urug Cardiol. 2017;32(3):370-89.
24. Vivancos R, Rodríguez J. Etiología y pronóstico de la insuficiencia cardíaca. Med Integral. 2012;39(10):444-53.
25. Suarez D, Rusak E. Hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca. Fisiopatología y Diagnostico. 2018;4.
26. Mendoza F. Valvulopathies in heart failure [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2016/03S-2016-04.pdf>
27. Galve E, Manterola F, Ballester M, Castro A. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en miocardiopatías y miocarditis. Rev Esp Cardiol. 2014;53(3):360-93.
28. Tortajada G, Reyes W, Varela G, Tortajada G, Reyes W, Varela G. Fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca. Rev Urug Cardiol. 2017;32(3):330-40.
29. Fernández A, Jiménez J, Bodí V, Barrabés J. Actualización en cardiopatía isquémica. Rev Esp Cardiol. 2012; 65:42-9.
30. Bello R. Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña. 2018;1.
31. López C. Criterios de Framingham para el Diagnóstico Clínico de Insuficiencia Cardíaca [Internet]. 2017 [citado 3 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.medicalcriteria.com/es/criterios/framingham_es.htm
32. Canalejo J, Coruña A. Capacidad funcional [Internet]. 2018 [citado 3 de junio de 2020]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/NYHA.pdf>

33. American Heart Association. Explicación de la IC y la fracción de eyección [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/heart-failure/explicacion-de-la-ic-y-la-fraccion-de-eyeccion-491852.pdf?la=en>
34. Constitución política de la república del Ecuador. La asamblea nacional constituyente expide la presente [Internet]. 2014. Disponible en: <http://cochapamba.gob.ec/cotopaxi/wp-content/uploads/2014/10/constitucion.pdf>
35. Ley Orgánica De La Salud. Ley Orgánica De La Salud [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_organica_de_salud.pdf
36. Villaroel H, Garillo R, Peralta H, Nuñez E, González J. Fórmula para corregir la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo en pacientes con insuficiencia valvular mitral. *Rev Argent Cardiol.* 2019;87(3):229-33.
37. Vera E. Mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva complicados con arritmias cardiacas. 2018 [citado 17 de julio de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31506>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Ficha de Observación indirecta

Instrucciones: Coloque una "x" en el casillero blanco de acuerdo con la información necesaria.

Paciente N° _____

Sexo	
Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>

Edad	
50 - 64	<input type="checkbox"/>
65 - 75	<input type="checkbox"/>

Estado civil	
Soltero	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>
Viudo	<input type="checkbox"/>
Unión libre	<input type="checkbox"/>

Nivel educativo	
Primer nivel	<input type="checkbox"/>
Segundo nivel	<input type="checkbox"/>
Tercer nivel	<input type="checkbox"/>
Cuarto nivel	<input type="checkbox"/>

Ocupación	
Trabajo dependiente	<input type="checkbox"/>
Trabajo independiente	<input type="checkbox"/>
No trabaja	<input type="checkbox"/>

Residencia	
Rural	<input type="checkbox"/>
Urbana	<input type="checkbox"/>

Patologías preexistentes	
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>
Arritmias	<input type="checkbox"/>
Infarto agudo de miocardio	<input type="checkbox"/>
Miocardiopatía dilatada	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

ITEMS		
Manifestaciones clínicas	Dolor precordial	
	Disnea	
	Diaforesis	
	Hipotensión arterial	
	Sincope	
	Otro	
Localización anatómica de infarto agudo de miocardio	Registro de Historia Clínica	
Clase Funcional	Clase I - Asintomático	
	Clase II - Leve	
	Clase III - Moderado	
	Clase IV - Severo	
Fracción de eyección	40 - 35% Leve	
	35 – 30% Moderada	
	30 – 25% Grave	
	Menos del 25% Terminal	

Permisos institucionales



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y
Estética
Terapia Física



Certificado No EC SG 2018002043

Tel.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 17 de Julio del 2020

Srta. Roxana Evelyn Maldonado Nieto
Sr. Nevárez Cortez Jefferson Fabio
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
En su despacho. -

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería a la vez comunico a ustedes que el tema presentado: "**Insuficiencia Cardíaca Postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos desde enero 2019 hasta marzo 2020**", ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera. Su tutor asignado es el Dr. Luis Oviedo Pilataxi.

Me despido deseándoles éxitos en el desarrollo de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lcda. Ángela Mendoza
DIRECTORA
CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo

Guayaquil, 01 de junio de 2020

Señor
Jefferson Fabio Nevarez Cortez
Señorita
Roxana Evelyn Maldonado Nieto
HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE GUAYAQUIL LOS CEIBOS

De mi consideración:

En relación al oficio S/N con fecha 01 de junio de 2020 suscrito por ustedes a esta Subdirección, en el cual se solicita autorización para la ejecución de su trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, cuyo tema es "INSUFICIENCIA CARDIACA POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES DE 50 A 75 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE GUAYAQUIL LOS CEIBOS, DESDE ENERO 2019 HASTA MARZO 2020".

La Subdirección de Docencia, previo análisis y revisión del proyecto, concluye que el tema del proyecto es viable y no transgrede los principios bioéticos y de legislación vigente y aplicable del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos, por lo tanto se determina la **APROBACIÓN** del mismo para su ejecución.

Con sentimiento de distinguida consideración.

Atentamente

Dr. Luis Chantong Villacres
SUBDIRECTOR DE DOCENCIA
HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE GUAYAQUIL LOS CEIBOS


CI: 1723147235
= 01/06/2020 - 16h40pm

¡Construyendo historia!

SOLICITUD BASES DE DATOS

LUIS ALBERTO CHANTONG VILLACRES <luis.chantong@iess.gob.ec>

Lun 1/6/2020 16:31

Para: ANGEL IGNACIO GOROTIZA JARAMILLO <angel.gorotiza@iess.gob.ec>; ANTHONY STEVEN PESANTES YAGUAL <anthony.pesantes@iess.gob.ec>; ANDRES RODRIGO ROMERO ACOSTA <andres.romero@iess.gob.ec>
CC: jeff_nevarez@hotmail.com <jeff_nevarez@hotmail.com>

De mi consideración:

En relación a Oficio S/N, con fecha 01 de junio de 2020, suscrito por el Sr. **JEFFERSON FABIO NEVAREZ CORTEZ** y la Srta. **ROXANA EVELYN MALDONADO NIETO** a esta Subdirección, solicitando autorización para la ejecución de su trabajo de titulación previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería**, cuyo tema es **"INSUFICIENCIA CARDIACA POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES DE 50 A 75 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE GUAYAQUIL LOS CEIBOS, DESDE ENERO 2019 HASTA MARZO 2020"**.

La Subdirección de Docencia, previo análisis y revisión del proyecto, concluye que el tema es viable y no transgrede las normas institucionales, de legislación vigente y aplicable del Hospital General del Norte de Guayaquil "Los Ceibos", por lo cual se determina la **APROBACIÓN** del mismo para su ejecución.

Por lo antes expuesto se solicita cordialmente, facilitar a las internas antes mencionadas, la base de datos de los pacientes que hayan sido evolucionados en dicho periodo, bajo los siguientes CIE-10:
I21 - I21.0 - I21.1 - I21.2 - I21.3 - I21.4 - I22 - I22.0 - I22.1 - I22.2 - I22.8 - I22.9 - I25.2

Saludos cordiales,



Dr. Luis Chantong V.
SUBDIRECTOR DE DOCENCIA
HOSPITAL GENERAL NORTE DE GUAYAQUIL
LOS CEIBOS
IESS - Guayaquil
✉ luis.chantong@iess.gob.ec
☎ 04 380 5130 ext 437595 ☑ 098 499 6522

*Trabajar para actuar.
actuar para servir*



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Maldonado Nieto, Roxana Evelyn** con C.C: # **1717656639** y **Nevárez Cortez, Jefferson Fabio**, con C.C: # **1723147235** autora del trabajo de titulación: **Insuficiencia Cardíaca Postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 31 de agosto del 2020

Roxana Maldonado

f. _____

Nombre: **Maldonado Nieto, Roxana Evelyn**
C.C: **1717656639**

Jefferson

f. _____

Nevárez Cortez, Jefferson Fabio,
con C.C: # **1723147235**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Insuficiencia Cardíaca Postinfarto agudo de miocardio en pacientes de 50 a 75 años que acuden al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, desde enero 2019 hasta marzo 2020.		
AUTOR(ES)	Maldonado Nieto, Roxana Evelyn Nevárez Cortez, Jefferson Fabio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Carrera de enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada(o) en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	31 de agosto del 2020	No. DE PÁGINAS:	49
ÁREAS TEMÁTICAS:	Bienestar Humano, Medicina Interna, Enfermedades		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Insuficiencia Cardíaca, Postinfarto Agudo de Miocardio, Pacientes, Enfermedades Crónico Degenerativas		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La insuficiencia Cardíaca es una de las principales consecuencias del infarto agudo de miocardio. Objetivo de este estudio es describir la insuficiencia Cardíaca postinfarto. Metodología: Estudio cuantitativo, retrospectivo, transversal. Instrumento: ficha de observación indirecta, Población: 353 pacientes. Muestra: 184 pacientes. Resultados: características sociodemográficas: hombres 76%, edad 70 – 75 años 32%, etnia mestiza 58%, nivel de instrucción secundaria 72%, criterios clínicos: Clase funcional I (Asintomático) 45%, Clase funcional II (Leve) 36%, Clase funcional III (Moderado) 17%; Clase funcional IV (Severo) 3%, fracción de eyección 45% leve y 36% Moderada. Manifestaciones clínicas: dolor precordial 100%, disnea 65%, síncope 56%, diaforesis 55%, otros síntomas 30%; Hipotensión arterial 29%. Patologías preexistentes: hipertensión arterial 73% y Diabetes Mellitus 55%, localización anatómica del infarto transmural de pared anterior 31%. Conclusiones: el infarto agudo de miocardio junto a otras patologías existentes y/o factores de riesgos conlleva a la presentación clínica de la insuficiencia cardíaca.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593960780535, +593979202697	E-mail: jeff_nevarez@hotmail.com maldonadoroxanna87@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez, Martha Lorena Teléfono: +593993142597 E-mail: mholguinjime@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			