

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**Prevalencia de insuficiencia cardiaca en pacientes atendidos
en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de
Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón**

AUTORES:

Carriel Muñoz Mónica Rosa

Corozo Orovio Narcisa Gregoria

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

LCDA. ROSA ELIZABETH CALDERON MOLINA

Guayaquil, Ecuador

2020



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

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por,
Carriel Muñoz Mónica Rosa como requerimiento para la obtención del título
de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

f. _____
LCDA. ROSA ELIZABETH CALDERÓN MOLINA Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MSC.

Guayaquil, a los 31 días del mes de Agosto del 2020.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por,
Corozo Orovio Narcisa Gregoria como requerimiento para la obtención del
título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

f. _____
LCDA. ROSA ELIZABETH CALDERON MOLINA Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MSC.

Guayaquil, a los 31 días del mes de Agosto del 2020.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Carriel Muñoz Mónica Rosa**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de insuficiencia cardiaca en pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón**, 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, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 31 días del mes de Agosto del 2020.

AUTORA

f. Monica R Carriel M

Carriel Muñoz Mónica Rosa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Corozo Orovio Narcisa Gregoria**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de insuficiencia cardiaca en pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón**, 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, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 31 días del mes de Agosto del 2020.

AUTORA

f. _____

Corozo Orovio Narcisa Gregoria



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Carriel Muñoz Mónica Rosa**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de insuficiencia cardiaca en pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 31 días del mes de Agosto del 2020.

AUTORA

f. Monica R Carriel M

Carriel Muñoz Mónica Rosa



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Corozo Orovio Narcisa Gregoria**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de insuficiencia cardiaca en pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 31 días del mes de Agosto del 2020.

AUTORA

f. _____

Corozo Orovio Narcisa Gregoria

REPORTE DE URKUND



Documento [Monica Carriel - Narcisca Corozo.docx](#) (D79346413)

Presentado 2020-09-17 15:59 (-05:00)

Presentado por monika_carriel_16@hotmail.es

Recibido olga.munoz.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje Buenas tardes licenciada aquí le adjuntamos el documento para la revisión [Mostrar el mensaje completo](#)
0% de estas 12 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

+	Categoría	Enlace/nombre de archivo
+		Revision de urkund Carriel Corozo.docx
+		TESIS INSUFICIENCIA CARDIACA. JEFFERS
Fuentes alternativas		
+		TESIS IC SIN PLANTILLA.doc
+		TESIS HUMBERTO MANJARREZ - 1.docx
+		tesis final.pdf



64% #1 Activo

FACULTAD DE

CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por, Carriel Muñoz Mónica Rosa como requerimiento para la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

TUTORA

f. _____ LCDA. ROSA ELIZABETH CALDERON MOLINA

Mgs.

Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Gu

FACULTAD DE

CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

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

TUTOR

f. _____ Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Activ
Ve a C

Mgs.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Monica Carriel - Narcisa Corozo.docx (D79346413)
Submitted: 9/17/2020 10:59:00 PM
Submitted By: monika_carriel_16@hotmail.es
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

AGRADECIMIENTO

Acepta este sacrificio como una humilde ofrenda, con estas palabras quiero comenzar mi agradecimiento, el cual se la dedico a Dios, mis amados padres y distinguidos docentes, quienes de manera individual en sus enseñanzas han sido el tridente, que han inculcando y forjado en mí, una excelente ser humano con principios, valores y virtudes, logrando de esta manera culminar mi carrera universitaria y llegar a ser una profesional con excelentes conocimientos para poderlos aplicar durante mi carrera en beneficio de la sociedad.

Carriel Muñoz, Mónica Rosa

AGRADECIMIENTO

Agradezco a dios por haberme dado paciencia, fortaleza y sabiduría en la realización de mi tesis.

A mi queridísima madre por darme la vida y que con su esfuerzo me ha ayudado y esta ayudándome a terminar esta tercera etapa de estudio de mi vida.

A mis docentes quienes han inculcado en mí una persona con principios y valores con sus enseñanzas.

A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por contar con excelentes docentes para una enseñanza de 1er nivel.

A mi tutora, Lcda. Rosa Calderon Molina quien supo guiarme con respeto, paciencia, y perseverancia en nuestra tesis.

Corozo Orovio Narcisa Gregoria

DEDICATORIA

En la presente tesis quiero dedicársela primeramente a Dios, por ser guía y luz durante este largo trayecto de vida, el cual me ha permitido ir venciendo cada uno de los obstáculos e ir avanzando en la obtención de los objetivos y metas que me he trazado.

De igual manera a mis queridísimos y amados padres Fernando Carriel y Mónica Muñoz, soporte y apoyo en todas las etapas de mi vida. Además, que con sus principios y consejos que han fundado en mí, para llegar a ser una persona productiva para la sociedad y ejemplo de mi familia.

Para finalizar, agradezco a mis docentes, que con sus vastos conocimientos y enseñanzas que me han impartido durante los diferentes niveles de etapa universitaria, permitiendo de esta manera, formar una profesional con bases sólidas y poderlos aplicar durante el trayecto de mi carrera.

Carriel Muñoz, Mónica Rosa

DEDICATORIA

Esta tesis primeramente se la dedico a Dios quien supo guiarme e iluminarme en el camino con sus bendiciones de vida y esperanza para ser alguien en la vida, por darme la fuerza a no desmayar antes momentos difíciles que se nos atraviesa en el camino y permitirme tener vida, salud, fe y esperanzas.

Seguidamente a mi madre, María Orobio Corozo, fuente de motivación por brindarme todo su apoyo, confiar en mí y apoyarme en todo ya que el sacrificio no ha sido fácil al haber sido madre y padre a la vez, ejemplo de mujer la cual me llevo a seguir y a luchar por mi profesión.

Al igual mi querida hermana quien con sus palabras de aliento y apoyo económico me alentaba a no decaer y seguir adelante perseverante en mis metas y logros de vida.

Para finalizar, se la dedico a mis docentes por la enseñanza brindada día a día para hacernos crecer como profesionales de la salud, impartiéndonos sus conocimientos con distintas metodologías en cada uno de los ciclos del trayecto universitario.

Corozo Orovio Narcisa Gregoria



**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 DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

LCDA. ROSA ELIZABETH CALDERON MOLINA Mgs.
TUTORA

f. _____

DR. LUIS ALBERTO OVIEDO PILATAXI Mgs.

OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	X
DEDICATORIA	XII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	XIV
ÍNDICE.....	XV
ÍNDICE DE TABLAS	XVII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XVIII
RESUMEN.....	XIX
ABSTRACT.....	XX
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.4. OBJETIVOS.....	6
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	6
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	6
CAPÍTULO II	7
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	11
2.3 MARCO LEGAL	21
CAPÍTULO III.....	23
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	23
Tipo de Estudio	23
Población:	23
Criterios de inclusión y exclusión	23
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	23
Técnicas y procedimientos para la recolección de la información.....	23
VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN	23

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Edad	27
Tabla No. 2 Sexo	28
Tabla No. 3 Estado civil	29
Tabla No. 4 Factores cardiovasculares.....	30
Tabla No. 5 Factores relacionados con el paciente	31
Tabla No. 6 Manifestaciones clínicas.....	32
Tabla No. 7 Clasificación funcional	33
Tabla No. 8 Complicaciones	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Cálculo de prevalencia 2017 - 2019.....	26
Gráfico No. 2 Edad	27
Gráfico No. 3 Sexo.....	28
Gráfico No. 4 Estado civil.....	29
Gráfico No. 5 Factores cardiovasculares	30
Gráfico No. 6 Factores relacionados con el paciente.....	31
Gráfico No. 7 Manifestaciones clínicas	32
Gráfico No. 8 Clasificación funcional	33
Gráfico No. 9 Complicaciones.....	34

RESUMEN

Estudio sobre prevalencia de insuficiencia cardiaca. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de la insuficiencia cardiaca en pacientes, atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil. **Diseño:** cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo. **Técnica:** Observación indirecta. **Instrumento:** guía de observación indirecta. **Población:** 511 casos entre 2017 al 2019. **Resultados:** 39% prevalencia de casos de insuficiencia cardiaca correspondientes al año 2019; Edad: 60 a 69 años (32%) Sexo: 56% hombres; Estado civil: 61% solteros; Factores cardiovasculares: 40% miocarditis, 30% Síndromes coronarios agudos; Factores relacionados con el paciente: 29% consume grasas saturadas; 21% sedentarismo; Manifestaciones clínicas: 72% Ortopnea, 16% Ascitis; Clasificación funcional: 54% Clase II, 38% Clase I; Complicaciones: 41% insuficiencia renal, 26% Fibrilación auricular, 17% fibrilación ventricular. **Conclusión:** Los hábitos de vida y otras afecciones de salud durante la adultez representan importantes factores de riesgo en la población de adultos mayores, condiciones que incrementan la insuficiencia cardiaca.

Palabras claves: Prevalencia, Insuficiencia cardiaca, Pacientes

ABSTRACT

Study on the prevalence of heart failure. **Objective:** To determine the prevalence of heart failure in patients treated in the cardiology outpatient area of the Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón Specialty Hospital in the city of Guayaquil. **Design:** quantitative, descriptive, cross-sectional, retrospective. **Technique:** Indirect observation. **Instrument:** indirect observation guide. **Population:** 511 cases between 2017 and 2019. **Results:** 39% prevalence of heart failure cases corresponding to the year 2019; Age: 60 to 69 years (32%) Sex: 56% men; Marital status: 61% single; Cardiovascular factors: 40% myocarditis, 30% Acute coronary syndromes; Patient-related factors: 29% consume saturated fat; 21% sedentary lifestyle; Clinical manifestations: 72% Orthopnea, 16% Ascites; Functional classification: 54% Class II, 38% Class I; Complications: 41% renal failure, 26% atrial fibrillation, 17% ventricular fibrillation. **Conclusion:** Lifestyle habits and other health conditions during adulthood represent important risk factors in the elderly population, conditions that increase heart failure.

Keywords: Prevalence, heart failure, patients, cardiology.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, indica que, a nivel mundial cerca de 17.7 millones de personas padecieron enfermedades cardíacas, representando el 31% de fallecimiento a nivel mundial; 7.4 millones de defunciones se atribuyeron a insuficiencia cardíaca aumentando el número de hospitalizaciones y costos en el servicio de la salud pública(1).

En Ecuador la insuficiencia cardíaca se produce en un grupo de edad comparativamente más joven con bajo nivel de educación, la pobreza y el acceso deficiente a las instalaciones de salud asociadas con malos resultados. Impulsado por la diabetes y enfermedades cardiovasculares en una población que envejece, la incidencia y la prevalencia de insuficiencia cardíaca están aumentando lentamente.

El estudio se trata sobre prevalencia de insuficiencia cardíaca, tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo. Para la recolección de datos se aplicó la observación indirecta para la revisión de la base de datos proporcionada por la institución. Los resultados permitieron actualizar los datos de este tipo de patologías que afecta a la población adulta y adulta mayor.

Para su mejor comprensión está constituido en capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, preguntas de investigación justificación, objetivos.

Capitulo II: Fundamentación conceptual; antecedentes de la investigación, marco conceptual, marco referencial y marco legal.

Capitulo III: Diseño de la investigación, variables generales y operacionalización, presentación y análisis de resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio propuesto se relaciona con la línea de investigación de Salud y Bienestar Humano en la sub línea de Vigilancia epidemiológica. La insuficiencia cardiaca, se la interpreta como un síndrome que implica disfunción cardiaca que produce mala perfusión de órganos periféricos en relación con su demanda metabólica, como consecuencia de procesos que afectan, de forma primaria o secundaria, la capacidad del corazón para llenarse o vaciarse adecuadamente(2).

En la actualidad la insuficiencia cardiaca es un problema de salud pública que requiere enormes gastos público, su prevalencia aumenta en proporciones epidémicas como consecuencia de una mayor esperanza de vida. Según la Organización Mundial de Salud, el 10% de las defunciones a nivel mundial se le atribuye a esta enfermedad, duplicándose en países desarrollados(3).

El Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, tiene una cobertura de atención aproximada de 22.021 pacientes atendidos en la consulta externa por año, en el área de cardiología constantemente acuden por alteraciones cardiológicas, siendo la insuficiencia cardíaca una de las patologías más frecuentes, debido a que 511 pacientes presentan manifestaciones que, deben ser tratadas para prevenir mayores complicaciones y, de alguna forma mejorar la calidad de vida de la población afectada.

Por los antecedentes de la enfermedad ha sido importante conocer el comportamiento epidemiológico, los resultados obtenidos demuestran que a pesar de que el sistema nacional de salud ha incrementado algunas estrategias para prevenir algunas patologías de alto riesgo, como son las cardiológicas, aún persiste una población en riesgo, lo que representa para enfermería un desafío contribuir en el fomento, promoción y prevención contribuyendo a disminuir de alguna forma los índices de morbimortalidad.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la prevalencia de la insuficiencia cardiaca en pacientes, atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué características tienen los pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo en pacientes con insuficiencia cardiaca, atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuál es la clasificación de la insuficiencia cardíaca en pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué manifestaciones clínicas presentan los pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en el área de consulta externa de cardiología en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué complicaciones presentan los pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en el área de consulta externa de cardiología en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil?

1.3. JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas, la prevalencia y las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca han aumentado de manera considerable en los países desarrollados. Se espera que su frecuencia siga creciendo en los próximos años, dado que no se han producido descensos apreciables en su incidencia; sin embargo, su supervivencia está mejorando gracias a la disponibilidad de mejores tratamientos. El control de los factores de riesgo, como la hipertensión y la cardiopatía isquémica, las principales causas de insuficiencia cardíaca, es el único medio para controlar el previsible aumento de esta enfermedad en el futuro(4).

Por lo tanto, este trabajo de investigación es de gran relevancia, teniendo como beneficiario al hospital donde se realizará el estudio, ya que ayudará a reconocer y a contrarrestar los principales factores que ayudan al incremento a la prevalencia de esta enfermedad y de esta manera beneficiar a los pacientes para realizar un mejor manejo y seguimiento del tratamiento.

Así mismo, es beneficioso para los pacientes que padezcan de esta enfermedad, puesto que, el tratamiento debe ser integral procurando evitar o minimizar el daño orgánico múltiple que se desarrolla en el síndrome, ensombreciendo el pronóstico. El conocimiento adquirido es un gran precedente para nosotras como futuras profesionales pudiendo establecer diferentes estrategias de promoción y prevención en los diferentes niveles de atención en salud. La atención integral desde el diagnóstico hasta la detección temprana es de suma importancia, por lo tanto, realizar este tipo de estudio es una herramienta que permite determinar aspectos que deben ser atendidos por los profesionales de la salud.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia de la insuficiencia cardiaca en pacientes, atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a los pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.
- Identificar los factores de riesgo que presentaron los pacientes con insuficiencia cardiaca, atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.
- Indicar los signos que presentaron los pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.
- Establecer la clasificación de la insuficiencia cardíaca en pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.
- Indicar las complicaciones que presentaron los pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Prevalencia de insuficiencia cardiaca izquierda en pacientes menores de 50 años de edad

A través de la revisión bibliográfica de estudios, fue evidente que, en el artículo de Manjarrez(5), el cual tuvo como finalidad de conocer la prevalencia de cada uno de los factores de riesgos en pacientes menores de 50 años de edad que predisponen a la aparición de insuficiencia cardiaca izquierda. El tipo de estudio cuantitativo, analítico, descriptivo, transversal y retrospectivo aplicada a 101 pacientes atendidos en el Hospital Gilbert Pontón, mediante la recolección de datos señala que al establecer rangos según grupos etarios, hay una población entre 45 y 49 años con insuficiencia cardiaca izquierda, equivalente al 40%, que supera en número a la población entre los 44 años y 36 años de edad que fue del 35% y menores de 35 años hasta los 27 años con un 25%.

Cabe destacar que de esta, el 54% fueron hombres y el 46% fueron mujeres. Mediante estos datos, señala que se observa que según el sexo son los hombres los más afectados. Pero no el indicativo etario en la que se menciona con mayor frecuencia, pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardiaca, ya que según los datos obtenidos, es el rango etario de 45 a 49 quien presento una mayor incidencia de insuficiencia cardiaca izquierda(5).

Prevalencia de insuficiencia cardíaca en pacientes adultos, Hospital Vicente Corral Moscoso

Así mismo, a través del estudio llevado a cabo en Cuenca, por Lituma y Delgado(6), el cual tuvo como objetivo determinar la frecuencia de insuficiencia cardiaca según Ecocardiograma en pacientes de 40 y más años de edad que consultaron en el departamento de cardiología del

Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el mes de enero del 2013 a enero del 2014. Para lo cual estable un estudio de tipo descriptivo enfocado a 184 pacientes atendidos en el departamento de cardiología del Hospital Vicente Corral Moscoso, a través del cual obtuvo que La edad mínima fue 40 años, la máxima 94 y la mediana 73. El 61,4% fueron mujeres. El 64,7% tenían antecedente de valvulopatía, el 54,3% de hipertensión arterial, el 33,2% de arritmias, el 11,4% de DM2 y el 7,6% de cardiopatía isquémica.

La frecuencia de disfunción ventricular izquierda (sistólica, diastólica y global) fue de 67,4%; IC 95% 60,6-74,2; la de disfunción ventricular sistólica 35,8% y la disfunción diastólica fue del 50%. A los hombres correspondió el 71,8% de disfunción ventricular, a las mujeres el 64,6%; entre los 40-64 años de 59,3%, entre los 65-79 de 74,7% y en los mayores de 79 años del 66,0%. Por lo cual concluye que la frecuencia de insuficiencia cardíaca valorada por ecocardiograma de los pacientes atendidos en el departamento de cardiología del hospital Vicente Corral Moscoso durante el 2013-2014 fue superior al 50% independientemente del sexo y grupo etario(6).

Prevalencia de la insuficiencia cardíaca en el Área de Emergencia del Hospital Alcívar 2014-2015

Monroy(7) a través de su investigación que tuvo por finalidad determinar la influencia del manejo de la insuficiencia cardíaca, en los pacientes del área de emergencia, en la morbilidad y mortalidad del Hospital Alcívar demostrando la efectividad de los protocolos en el año 2014 y 2015, para lo cual aplica un estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo.

Entre los resultados que obtuvo, expone que el sexo con predominio son mujeres, edad (mayores de 65 años), hipertensión arterial, diabetes mellitus, son factores de riesgo predominantes para desarrollar una insuficiencia cardíaca. Además, nos evidencia que se siguen a cabalidad los protocolos del manejo diagnóstico mas no del manejo en cuanto al tratamiento debido a que

la tasa de mortalidad es elevada. Concluye señalando que la mayoría de los factores de riesgo que inciden en la prevalencia de la insuficiencia cardíaca, sobre todo en mujeres mayores de 65 años, son modificables y que, mediante su prevención y/o control nos va a ayudar a disminuir la tasa de mortalidad de esta enfermedad(7).

Determinación de la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en pacientes con insuficiencia del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito

Así mismo, en un estudio llevado a cabo por Mascote(8), el cual tuvo como finalidad determinar la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Enrique Garcés; este fue un estudio de tipo transversal de prevalencia, para lo cual trabajó con las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca conforme criterios de Framingham y hallazgos ecocardiográficos. Entre los resultados, destacó que de 73 pacientes (de los cuales el 64.4% eran mujeres), todos fueron de etnia mestiza y su condición socioeconómica era de nivel bajo (57.5%) y medio (42.5%).

El tipo de insuficiencia cardíaca más prevalente fue la biventricular (53.4%), seguida por la insuficiencia cardíaca izquierda (30.1%) y derecha (16.5%). Entre los hábitos y exposiciones, el más frecuente fue el consumo de dieta hipercalórica (45.2%), dieta grasa (43.8%), alcoholismo (38.3%) y tabaquismo (32.8%). De las comorbilidades consideradas factores de riesgo las más prevalentes fueron hipertensión pulmonar (89.0%), valvulopatía esclerótica (83.5%); EPOC (71.2%), hipertensión arterial (64.4%), en menores frecuencias se encontró arritmia cardíaca, específicamente fibrilación auricular (35.6%), hipotiroidismo (34.2%), diabetes mellitus (30.1%), hiperuricemia (27.4%), anemia crónica (26.0%), obesidad (26.0%), sobrepeso (23.2%)(8).

En los demás factores de riesgo las diferencias fueron menos evidentes y no estadísticamente significativas. Durante el período de estudio la

mortalidad hospitalaria fue del 9.5%, exclusivamente en pacientes con insuficiencia cardíaca biventricular. De esta manera Mascote(8) concluye que varios factores de riesgo coexisten simultáneamente en los pacientes, provocando interacciones fisiopatológicas que predisponen a la enfermedad o empeoran su condición clínica. Es fundamental concentrar los esfuerzos terapéuticos en las etapas iniciales de la enfermedad, incluyendo un abordaje sobre los factores de riesgo que tenga el paciente, a fin de modificar la historia natural de la insuficiencia cardíaca y mejorar su pronóstico a largo plazo.

Etiología de la insuficiencia cardíaca en pacientes que acuden a consulta externa de cardiología del Hospital Luis Vernaza

Finalmente, en un estudio llevado en el 2016 por Alvarado y Baque(9), que tuvo por finalidad determinar la etiología de la insuficiencia cardíaca e identificar las causas más frecuentes y establecer medidas generales en el control de la misma. Estudio de tipo descriptivo y observacional, en el que se aplicó observación directa a 120 pacientes que acudieron al área de consulta externa del Hospital Luis Vernaza; obtuvo como resultado que el 85% conoce sobre la enfermedad, mientras que el 15% no conoce sobre la insuficiencia cardíaca, al control cardiológico realizado obtuvo que el 48% acuden 3 veces al año, el 34% acuden 2 veces al año, y el 18% restante acuden 4 veces al año, pero referente a las enfermedades causales de insuficiencia cardíaca, el 60% presentó hipertensión arterial que causó la insuficiencia cardíaca. De esta forma concluye, señalando que Consideramos que la identificación oportuna de las patologías que producen insuficiencia cardíaca nos ayudara a prevenir las complicaciones también se basa en establecer medidas generales en el control de las patologías que producen la enfermedad.

2.2. MARCO CONCEPTUAL.

Insuficiencia cardiaca

Es el estadio terminal de múltiples alteraciones estructurales y funcionales del sistema cardiovascular que provocan una incapacidad del corazón para bombear la cantidad adecuada de sangre y cumplir con las demandas metabólicas del organismo.

La activación progresiva de los mecanismos neuroendocrinos contribuye a la aparición de este síndrome clínico en el que se presentan síntomas como: disnea, fatiga, cansancio, edema y signos como: taquicardia, taquipnea, estertores pulmonares, elevación de la presión yugular venosa, edema periférico, derrame pleural, hepatomegalia; junto con la evidencia de anomalías estructurales o funcionales del corazón: cardiomegalia, anomalías electrocardiográficas, tercer ruido, soplos cardiacos, concentraciones elevadas de péptidos natri uréticos(10).

La Sociedad Europea de Cardiología propuso en su último Congreso un concepto práctico, definiendo como la insuficiencia cardiaca, un síndrome constituido por una constelación de signos y síntomas típicos, entre los cuales destacan fatiga, disnea y congestión pulmonar o congestión periférica. Todo esto, corresponde a la existencia de alguna patología cardiaca, pudiendo ser estructural o funcional(11).

Estas fallas deben ser evidenciadas objetivamente y ser la causa de alteración de la capacidad de llenado ventricular o de eyección ventricular. Incluso pudiendo ser mixta. Es importante recalcar el efecto de incluir el término “funcional”, el cual permite englobar a pacientes quienes puedan presentar el síndrome clínico sin que existan anomalías estructurales de por medio(11).

Epidemiología

La Insuficiencia cardiaca es la primera causa de internación hospitalaria a nivel mundial. Según datos del INEC del 2015, es la cuarta causa

cardiovascular de muerte en el Ecuador, después de la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y la hipertensión arterial(12).

La prevalencia de insuficiencia cardíaca se dobla con cada década de edad y se sitúa alrededor del 10% en sujetos mayores de 70 años. La incidencia de la insuficiencia cardíaca incrementa con la edad, aumenta el 1% anual en los sujetos mayores de 65 años. Se ha observado de igual forma que las tasas de mortalidad incrementan con la edad en ambos sexos, sin embargo, la relación de defunciones por insuficiencia cardíaca son el doble en mujeres que en varones(12).

La incidencia de insuficiencia cardíaca resulta ser más baja del 0.7% en edades comprendidas entre los 45 y los 54 años hasta un 8% -10% al llegar a los 70 años. Se consideran múltiples factores que produzcan falla cardíaca descompensada, tanto alteraciones cardiovasculares y no cardiovasculares, iatrogénicos y comorbilidades. La incidencia de insuficiencia cardíaca es 2 veces mayor en los sujetos hipertensos que en los normotensos, y 5 veces mayor en los sujetos que han tenido un infarto agudo de miocardio(13).

Según datos recabados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), en el año 2014 se informaron un total de 4430 fallecidos por cardiopatías isquémicas, mientras que por insuficiencia cardíaca se registraron 1316 fallecimientos. Los factores pronósticos de mortalidad más aceptadas son la edad, las comorbilidades cardíacas y no cardíacas, la presión arterial, la función renal, el sodio sérico, la hemoglobina, la concentración del NT-proBNP y de las troponinas, y la duración del QRS por electrocardiograma(3).

Manifestaciones clínicas

Los síntomas y signos son variables y dependen de factores como: edad, evolución, factores desencadenantes, fracción de eyección e incluso grado de afectación miocárdica. El cuadro clínico más frecuente engloba una

serie de criterios: Aumento de la presión venosa yugular, Ortopnea, Sibilancias, Nicturia y Ascitis(14).

En la insuficiencia cardiaca diastólica donde se mantiene el gasto cardiaco, la congestión venosa y pulmonar favorece al retorno venoso originando disnea paroxística nocturna, tos, hemoptisis, angina de pecho y nicturia en posición decúbito dorsal. Este proceso altera el intercambio gaseoso y provoca disnea, que es el síntoma más frecuente en la insuficiencia cardiaca y se presenta como:

- Aumento de la presión venosa yugular, originada del aumento de presión en la vena cava superior, ocasiona el reflujo hepato-yugular.
- Ortopnea: se produce en decúbito dorsal y es mayormente frecuente en insuficiencia cardiaca izquierda. Al estar de pie la congestión pulmonar suscitada en ambas bases pulmonares genera menor afectación en la superficie de intercambio gaseoso, a diferencia de cuando este se encuentra decúbito, donde se produce mayor disminución en de intercambio gaseoso generando y empeorando la disnea.
- Sibilancias: se produce por la congestión peribronquial la cual provoca episodios de broncoconstricción. Es de tipo súbita y nocturna.
- Nicturia: La insuficiencia puede provocar que el flujo de sangre a los riñones no sea suficiente, y se produzca retención de líquidos por disminución de la orina. Esta hinchazón suele localizarse en las piernas, los tobillos o el abdomen. Y a veces se orina más por la noche que por el día.
- Ascitis: Los enfermos con insuficiencia cardiaca pueden notar sensación de hinchazón abdominal, que puede ser reflejo de la presencia de hepatomegalia o ascitis. La hemoptisis por sangrado de venas bronquiales no es un síntoma frecuente, aunque puede suceder cuando la resistencia vascular pulmonar es normal o casi normal(15)

Clasificación de insuficiencia cardiaca

La insuficiencia cardiaca se puede clasificar según su mecanismo fisiopatológico y relación con el desarrollo de sus manifestaciones clínicas. La referencia de insuficiencia cardiaca derecha incluye la congestión venosa sistema y el término insuficiencia cardiaca izquierda, la congestión venosa pulmonar. Progresivamente, la afectación llegará a ambos ventrículos se comprometiéndolos en su totalidad y favoreciendo al desarrollo de insuficiencia cardiaca global(16).

Según sus niveles de fracción de eyección se clasifica en dos tipos: sistólica y diastólica. La disminución de la fracción de eyección de sangre inferior al 40% junto con la disminución del gasto cardiaco, como consecuencia de la dilatación ventricular se denomina insuficiencia cardiaca sistólica o anterógrada. Mientras que la conservación de la fracción de eyección, mayor de 40-50%, se denomina insuficiencia cardiaca retrógrada o diastólica. Generalmente se manifiesta con signos de congestión pulmonar(16).

Según su tiempo de evolución la insuficiencia cardiaca puede ser clasificada como aguda o crónica. Se considera de tipo aguda, cuando los eventos son súbitos, y los signos y síntomas agudos o el desequilibrio de una insuficiencia cardiaca crónica que incluya manifestaciones de congestión pulmonar o periférica, como edema agudo de pulmón y el shock cardiogénico. La insuficiencia cardiaca crónica cursa con signos y síntomas característicos de insuficiencia cardiaca como disnea en reposo o ejercicio, fatiga y edemas(17).

Clase Funcional

La New York Heart Association (NYHA) clasifica funcionalmente la insuficiencia cardiaca en cuatro estadios que permiten determinar la capacidad funcional del paciente en relación con la disnea o fatiga tanto en reposo como durante actividad física(18).

Clasificación funcional de la NYHA en insuficiencia cardiaca	
Grado I	Sin limitación al ejercicios ni síntomas desencadenantes.
Grado II	Ligera limitación de la actividad física: síntomas en reposo, la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.
Grado III	Moderada imitación de la actividad física: sin síntomas en reposo, cualquier actividad física provoca la aparición de los síntomas.
Grado IV	Incapacidad de realizar actividad física: los síntomas de la insuficiencia cardiaca están presentes incluso en reposo y aumentan con cualquier actividad física.

Factores cardiovasculares

Síndromes coronarios agudos: comprende un conjunto de entidades producidas por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario, causando una angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita, según la cantidad y duración del trombo, la existencia de circulación colateral y la presencia de vasoespasmo en el momento de la rotura(19).

Miocarditis: La miocarditis es un proceso inflamatorio agudo o crónico que afecta al miocardio en respuesta a la acción de diversos agentes infecciosos, químicos y/o físicos, lo cual conlleva a que haya una insuficiencia cardiaca o dilatación ventricular(19).

Embolia pulmonar aguda: este tipo de embolia tiene alta mortalidad, por lo cual al no darse un tratamiento a tiempo, puede causar un colapso hemodinámico agudo que conduce a insuficiente flujo sanguíneo arterial a los órganos, y finalmente a la muerte(19).

Insuficiencia valvular aguda: Este tipo de insuficiencia, suele estar entre las principales que inciden en el desarrollo de la insuficiencia cardiaca, así mismo debido a las estructuras endocavitarias puede terminar en paro cardiorrespiratorio(19).

Diseción aórtica: La diseción aórtica es la salida de sangre a través de un desgarro en la íntima de la aorta, con separación de las capas íntima y media y la confección de una falsa luz (canal). entidad produce dolor torácico o dorsal lacerante de comienzo súbito y puede conllevar a la insuficiencia cardíaca(19).

Taponamiento cardíaco: hace referencia a la presión en el corazón causada por la acumulación de sangre o de fluido en el saco de dos capas que rodea el corazón (pericardio), este fluido puede ser pus, sangre, coágulos o gas, como resultado de efusión, trauma o rotura del corazón(19).

Factores relacionados con el paciente

Tabaco: Los fumadores actuales muestran un aumento significativo del riesgo de insuficiencia cardíaca en comparación con los fumadores antiguos y los no fumadores, observándose además una relación dosis-efecto con los paquetes-años de exposición y el riesgo de insuficiencia cardíaca en los exfumadores. El tabaquismo induce estrés oxidativo, disfunción endotelial, agregación plaquetaria, y afecta el perfil sérico de lípidos tanto en fumadores activos como pasivos, generando efectos perjudiciales sobre el sistema cardiovascular(19).

Alcohol: Los individuos que consumen más de 90 gramos de alcohol por día durante al menos 5 años, están en riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca. En el estudio del corazón de la ciudad de Olmsted (Olmsted County Heart Study), la prevalencia de disfunción sistólica moderada del VI fue más baja en los bebedores moderados, con una prevalencia cada vez mayor a medida que aumenta el consumo de alcohol(20).

El consumo excesivo de alcohol provoca miocardiopatía alcohólica caracterizada por una dilatación del ventrículo izquierdo, aumento de la masa del VI y una menor fracción de eyección, que posteriormente conduce a insuficiencia cardíaca. Estudios en animales han demostrado una mayor pérdida de miocitos mediante apoptosis en corazones expuestos a altas

concentraciones de alcohol, siendo el etanol y sus metabolitos tóxicos para el sarcoplasma de los miocitos y las mitocondrias. Además, el alcohol ha demostrado tener un impacto desfavorable en el acortamiento de la miofibrilla cardíaca y en la composición de las mioproteínas(20).

Consumo de grasas saturadas: En ratones, la dieta rica en grasa podría ejercer un efecto a favor de la supervivencia, pero estos hallazgos deben de ser tomados con precaución al utilizar modelos de ratones para estudiar la compleja fisiopatología humana. Robert E. Brainard y colaboradores indican que existirían otros factores ambientales desconocidos que podrían contribuir a la patología cardíaca inducida por una dieta alta en grasa(19).

Sedentarismo: La inactividad física o falta de ejercicio, ha llegado a ser considerada como uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de la enfermedad cardíaca e incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular.

Estrés: El estrés tiene un efecto directo en la constricción de vasos sanguíneos, en la presión arterial elevada, y una mayor formación de coágulos sanguíneos. Puede desencadenar alteraciones como arritmias cardíacas, picos hipertensivos, insuficiencia cardíaca, infartos, descompensaciones en la diabetes, entre otras enfermedades.

Incumplimiento de medicación: este factor es uno de los que generalmente se presenta con mayor frecuencia; a pesar de la severidad de las cardiopatías, no puede haber un control de las mismas debido a la falta de participación del paciente y los familiares, en mejorar su calidad de vida.

Existen algunas características del paciente que también pueden incidir en el desarrollo de la insuficiencia cardíaca como es el caso del sexo, la prevalencia de insuficiencia cardíaca en la población americana adulta en el 2008 fue del 3% entre los hombres y del 2% entre las mujeres. Sin embargo, la incidencia es similar y, a la edad de 40 años, el riesgo de por vida para desarrollar

insuficiencia cardíaca es similar en ambos sexos siendo de 1 en 5 individuos(21).

En el estudio global sobre tratamiento convencional de la insuficiencia cardíaca aguda ALARM-HF (por The AHF Global Survey of Standard Treatment) que incluyó una cohorte de 4953 pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda, se observó que las mujeres eran mayores, y tenían tasas más altas de insuficiencia cardíaca de reciente aparición que los hombres (45% vs 36%, $p < 0.001$), concluyendo que tal vez existen diferencias en la fisiopatología de la insuficiencia cardíaca aguda entre las mujeres y los hombres que aún no han sido explicadas(21).

El envejecimiento es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, incluyendo a la insuficiencia cardíaca. Los mecanismos fisiopatológicos implicados son un continuo remodelamiento estructural, y cambios funcionales en el sistema cardiovascular secundarios a un estado proinflamatorio. La forma más común de insuficiencia cardíaca (es decir, la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (HFpEF) es casi exclusivamente una enfermedad de personas mayores de 60 años. Entre las personas de mediana edad es más frecuente la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrEF)(22).

El estado civil es otro factor importante en el cumplimiento del autocuidado en el paciente, las personas que se encuentran casadas y compartiendo con la familia tienen un apoyo importante en el cumplimiento o adherencia al tratamiento. El paciente soltero tiene la mitad de riesgo de abandono o incumplimiento en un 61%, comparado con los pacientes que se encuentran casados, en un 12.6%. Por su lado, el grupo de pacientes viudos, separados o divorciados tienen riesgo de presentar incumplimiento de sus cuidados en un 14.3%. La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el tratamiento o autocuidado y por el grado de confianza de poder seguirlo(22).

Complicaciones

Fibrilación auricular: La fibrilación auricular es la frecuencia cardíaca acelerada e irregular que puede aumentar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones relacionadas con el corazón. Durante la fibrilación auricular, las dos cavidades superiores (aurículas) del corazón laten de forma caótica e irregular, sin coordinar con las dos cavidades inferiores (ventrículos) del corazón. Los síntomas de fibrilación auricular generalmente comprenden palpitaciones, dificultad para respirar y debilidad(23).

Fibrilación ventricular o taquicardia: La fibrilación ventricular es un problema del ritmo cardíaco que ocurre cuando el corazón late con impulsos eléctricos rápidos y erráticos. Esto hace que las cavidades de bombeo del corazón (los ventrículos) se agiten con pulsaciones ineficaces, en lugar de bombear sangre. A veces desencadenada por un ataque cardíaco, la fibrilación ventricular hace que la presión arterial caiga rápidamente, lo que interrumpe el suministro de sangre a los órganos vitales(23).

Insuficiencia renal: Las enfermedades renales pueden afectar al corazón, por lo que es común que la gente con insuficiencia renal crónica o con insuficiencia renal en etapa terminal desarrolle una enfermedad cardíaca, incluido ataque al corazón o insuficiencia cardíaca. Lo opuesto también es cierto y los pacientes con insuficiencia cardíaca o ataque al corazón pueden desarrollar un problema renal, sea daño renal agudo o insuficiencia renal crónica. Cuando alguien presenta problemas tanto cardíacos como renales, a veces, se dice que tiene síndrome cardiorrenal(23).

Anemia: En los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, incluso la anemia leve está relacionada con un empeoramiento de los síntomas, una reducción de la calidad de vida, menor supervivencia, deterioro del estado funcional y aumento de la clase de la New York Heart Association (NYHA). Además, la prevalencia de la anemia aumenta a medida que avanza la insuficiencia cardíaca crónica(24).

Ataque cerebral: La insuficiencia cardíaca tiene graves consecuencias sobre otras funciones del organismo, entre ellas las cerebrales. El daño cerebral afecta la evolución de los pacientes. Aunque la disminución del gasto cardíaco y la gran carga de factores de riesgo cardiovascular son las explicaciones predominantes, hay datos que muestran la participación de mecanismos neurohormonales, alimentarios e inflamatorios en este complejo proceso(24).

Afección de las válvulas cardíacas: En la enfermedad de las válvulas cardíacas, una o más válvulas del corazón no funcionan adecuadamente. El corazón tiene cuatro válvulas que mantienen el flujo de sangre en la dirección correcta. En algunos casos, una o más válvulas no se abren ni se cierran de forma correcta. Esto puede alterar el flujo de sangre que pasa desde el corazón hacia el resto del cuerpo(25).

Caquexia cardíaca: La caquexia cardíaca es la pérdida de peso grave e involuntaria causada por una enfermedad cardíaca. La pérdida de peso es potencialmente mortal. Puede suceder en personas que tienen insuficiencia cardíaca grave. Incluso con un muy buen apetito y una alta ingesta de calorías, algunas personas pierden masa muscular(25).

Insuficiencia venosa y úlceras en las piernas: Las úlceras venosas (llagas abiertas) pueden ocurrir cuando las venas en las piernas no impulsan la sangre de nuevo hasta el corazón tan bien como deberían hacerlo. La sangre se represa en las venas, acumulando presión. Sin tratamiento, el aumento de la presión y el exceso de líquido en la zona afectada pueden causar la formación de una llaga abierta. La mayoría de las úlceras venosas se producen en la pierna, por encima del tobillo. Este tipo de herida puede ser lenta para sanar(26)

2.3 MARCO LEGAL

Constitución Política de la República del Ecuador

El marco legal de los servicios de salud se inicia en su máxima expresión a la Constitución Política de la República del Ecuador, donde se establece según el artículo 32 que la salud es un derecho garantizado por el Estado y por tanto una obligación de este para su ejecución. La salud es un derecho que está vinculado al goce de otros derechos: de tal forma que se transforma en una condición de la persona para acceder a otros como son el derecho al agua, alimentación, educación, trabajo, seguridad social, entre otros(27).

El artículo 50 establece que será el Estado quien garantizará a toda persona que sufra alguna enfermedad catastrófica la atención gratuita en todos los niveles de la estructura de salud pública. Cabe destacar que la insuficiencia renal crónica es una de las enfermedades en la categoría de catastrófica. El Art. 363 establece que será el Estado el que deberá impulsar y determinar las políticas públicas para la promoción, prevención, curación, rehabilitación y sobre todo el difundir prácticas saludables en la población(27).

Ley Orgánica de la Salud

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto(28)

Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida

Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida. “Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

1.3. Combatir la malnutrición, erradicar la desnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria, en el marco de la seguridad y soberanía alimentaria”(29).

Fortalecer el sistema de inclusión y equidad social en el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, con el fin mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen de hipertensión arterial mediante la educación en salud, habilidades para vivir, con actividades recreativas que le ayuden a olvidar sus momentos de estrés, para incrementar su capacidad de autocuidado(29).

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de Estudio

- **Nivel:** Descriptivo.
- **Método:** Cuantitativo. Según el tiempo: retrospectivo.
- **Diseño:** Según la naturaleza de los datos es transversal

Población: El total de pacientes que presentaron insuficiencia cardiaca atendidos en la consulta externa del Hospital Abel Gilbert Pontón fue de 511 desde el año 2017 al año 2019.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Pacientes del área de consulta externa de cardiología
- Pacientes adultos con diagnóstico de insuficiencia cardíaca

Criterios de exclusión

- Pacientes hospitalizados.
- Pacientes en unidades coronarias.
- Pacientes en cuidados críticos.

Técnicas y procedimientos para la recolección de la información:

Técnica: Observación indirecta.

Instrumento: Matriz de observación indirecta.

Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos:

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Excel y el análisis a base del marco referencial del estudio.

VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

Variable general: Prevalencia de insuficiencia cardiaca

Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnica
Características	Edad	18 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 a 69 años 70 a 80 años	Observación indirecta
	Sexo	Hombre Mujer	
	Estado civil	Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a)	
Factores de riesgo	Factores cardiovasculares	Síndromes coronarios agudos Miocarditis Embolia pulmonar aguda Insuficiencia valvular aguda Disección aórtica Taponamiento cardiaco	Observación indirecta
	Relacionado con el paciente	Consume tabaco Consume alcohol Consume grasas saturadas Sedentarismo Estrés Incumplimiento de medicación	
Manifestaciones clínicas	Aumento de presión venosa yugular	Si No	Observación indirecta
	Ortopnea	Si No	
	Sibilancia	Si No	
	Nicturia	Si No	
	Ascitis	Si No	

Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnica
Clasificación funcional	Clase I	Si No	Observación indirecta
	Clase II	Si No	
	Clase III	Si No	
	Clase IV	Si No	
Complicaciones	Fibrilación auricular	Si No	Observación indirecta
	Fibrilación ventricular o taquicardia	Si No	
	Insuficiencia renal	Si No	
	Anemia	Si No	
	Ataque cerebral	Si No	
	Afección de las válvulas cardíacas	Si No	
	Caquexia cardíaca	Si No	
	Insuficiencia venosa y úlceras en las piernas	Si No	

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. Prevalencia de insuficiencia cardíaca 2017 - 2019

Gráfico No. 1 Cálculo de prevalencia 2017 - 2019

Medición de enfermedad: Cálculo de prevalencia (3)

Datos

El objetivo es calcular la prevalencia de una enfermedad en una población:

Tamaño de población :	22019
Enfermos en la población :	511

Resultados

La prevalencia real en la población es 2.32%.

Prevalencia real : 2.32%



Ignacio de Blas, Facultad de Veterinaria, Universidad de Zaragoza ©2006
Última actualización: 03/03/2006

Análisis:

De la población atendida dentro del periodo 2017 al 2019, en el área de consulta externa de cardiología, del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, el 2.32% de los casos, presentaron insuficiencia cardíaca.

2. Edad

Tabla No. 1

Edad

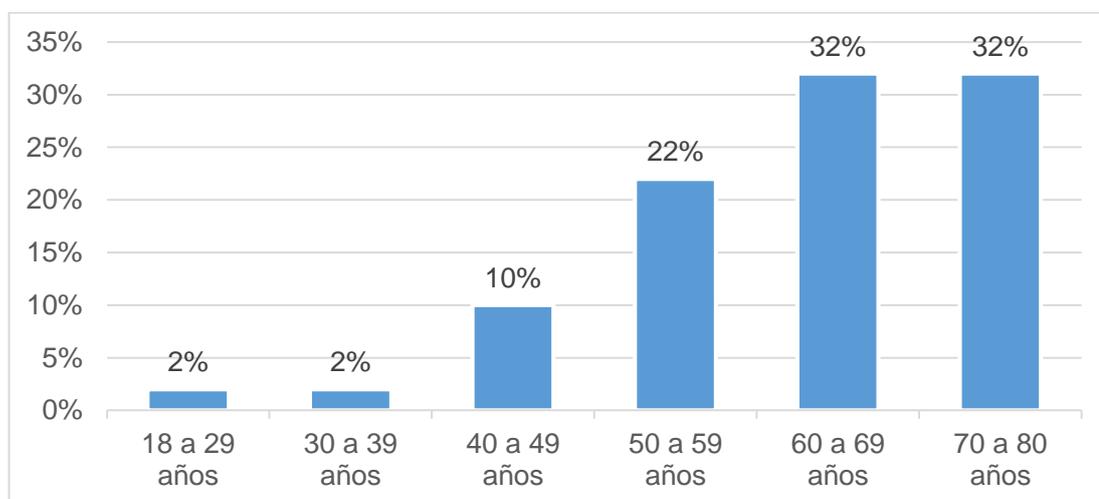
No.	Alternativa	Frecuencia	%
1	18 a 29 años	10	2%
2	30 a 39 años	10	2%
3	40 a 49 años	51	10%
4	50 a 59 años	112	22%
5	60 a 69 años	164	32%
6	70 a 80 años	164	32%
Total		511	100%

Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisa Gregoria.

Gráfico No. 2

Edad



Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisa Gregoria.

Análisis:

Los datos revelan, una mayor tendencia en los pacientes que tienen una edad de 60 a 69 años y 70 a 80 años; debido al proceso del envejecimiento, en donde se van dando cambios continuos funcionales en el sistema cardiovascular, por lo que hay una mayor vulnerabilidad de presentar algún tipo de insuficiencia cardiaca.

3. Sexo

Tabla No. 2

Sexo

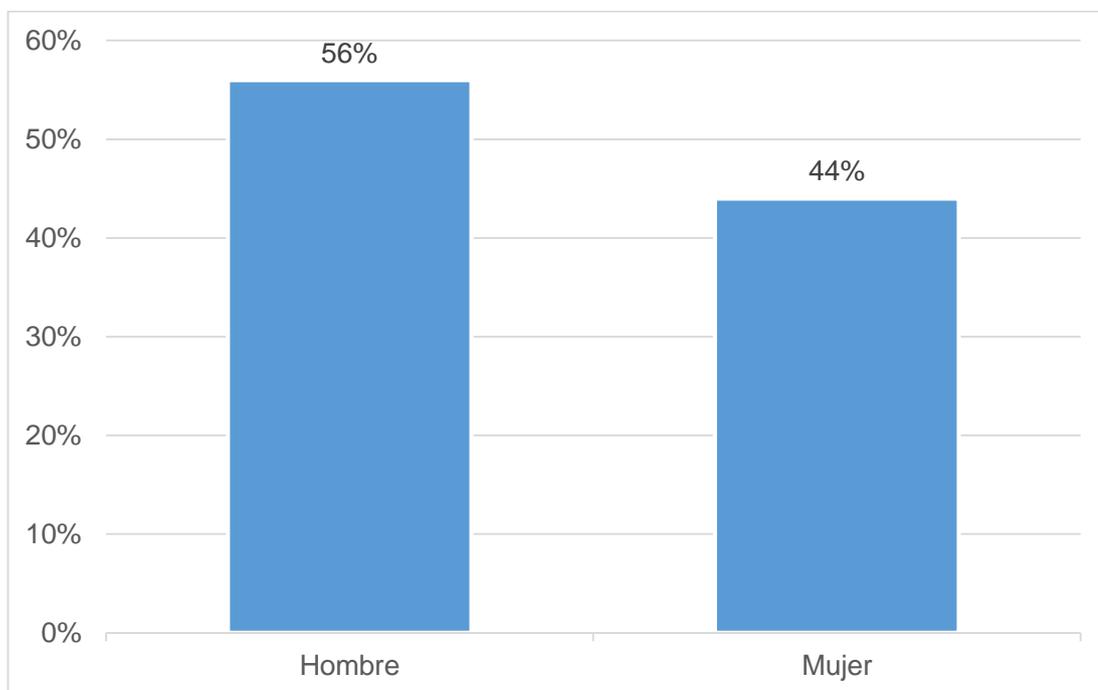
No.	Alternativa	Frecuencia	%
1	Hombre	286	56%
2	Mujer	225	44%
Total		511	100%

Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisca Gregoria.

Gráfico No. 3

Sexo



Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisca Gregoria.

Análisis:

La insuficiencia cardíaca se presenta predominantemente en hombre. por lo que puede haber una mayor supervivencia en las mujeres. A pesar de esto, se debe destacar que el padecimiento puede presentarse con mayor riesgo si se mantiene algún factor determinante(21).

4. Estado civil

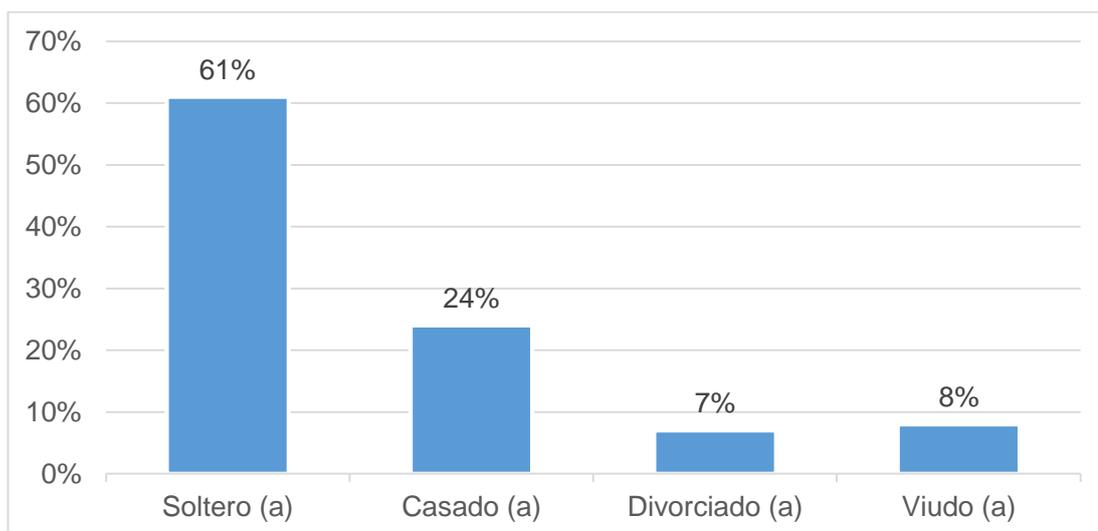
Tabla No. 3
Estado civil

No.	Alternativa	Frecuencia	%
1	Soltero (a)	312	61%
2	Casado (a)	123	24%
3	Divorciado (a)	35	7%
4	Viudo (a)	41	8%
Total		511	100%

Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisa Gregoria.

Gráfico No. 4
Estado civil



Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisa Gregoria.

Análisis:

El estado civil de mayor relevancia es el “soltero”, siendo este dato complementario solo de identificación de características de la población objeto de estudio.

5. Factores cardiovasculares

Tabla No. 4

Factores cardiovasculares

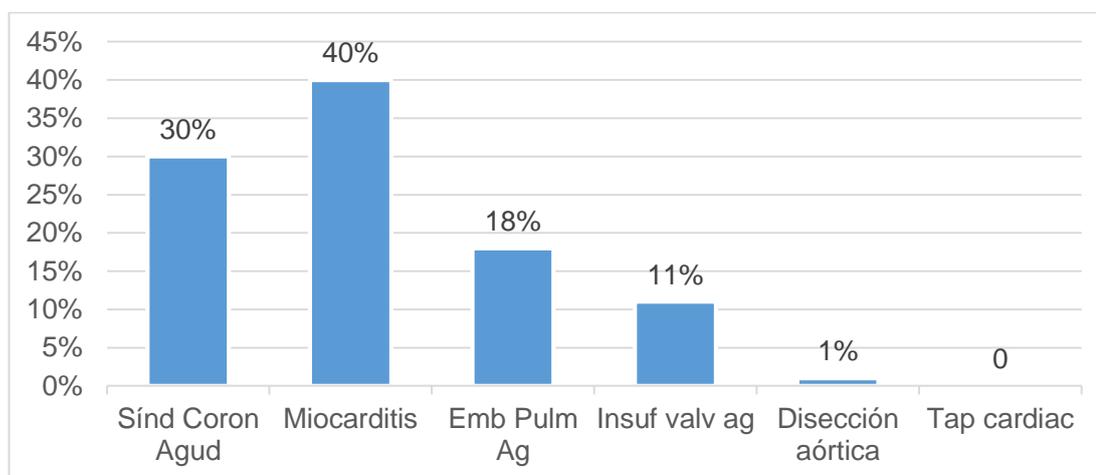
No.	Alternativa	Frecuencia	%
1	Síndromes coronarios agudos	153	30%
2	Miocarditis	204	40%
3	Embolia pulmonar aguda	92	18%
4	Insuficiencia valvular aguda	57	11%
5	Disección aórtica	5	1%
6	Taponamiento cardiaco	0	0%
Total		511	100%

Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisca Gregoria.

Gráfico No. 5

Factores cardiovasculares



Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisca Gregoria.

Análisis:

Uno de los mayores riesgos es la miocarditis, proceso que se deben a diferentes procesos infecciosos que se presentan en diferentes etapas de la vida y, de no ser tratados afectan a largo plazo a la población. Con una diferencia del 10% el síndrome coronario agudo, este se debe a la presencia de ateromas que pueden estar asociados a los hábitos alimenticios en la población objeto de estudio(19).

6. Factores relacionados con el paciente

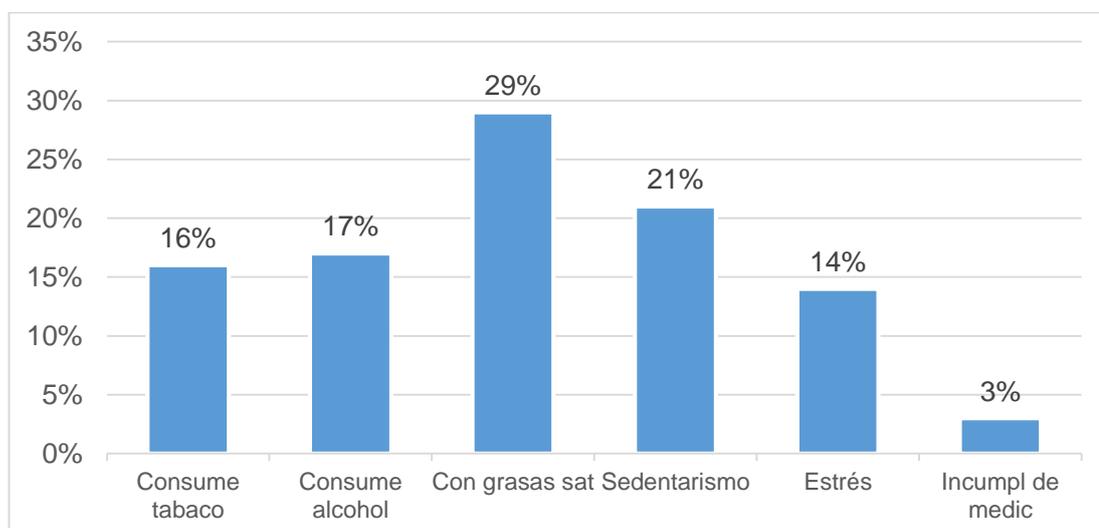
Tabla No. 5
Factores relacionados con el paciente

No.	Alternativa	Frecuencia	%
1	Consume tabaco	82	16%
2	Consume alcohol	87	17%
3	Consume grasas saturadas	148	29%
4	Sedentarismo	10	21%
5	Estrés	72	14%
6	Incumplimiento de medicación	15	3%
Total		511	100%

Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisa Gregoria.

Gráfico No. 6
Factores relacionados con el paciente



Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisa Gregoria.

Análisis:

Entre los factores relacionados con el paciente el consumo de grasas saturadas por la alimentación y el sedentarismo, son los de mayor relevancia. La adherencia de grasas a las paredes de los vasos sanguíneos interrumpe una irrigación adecuada en el organismo.

7. Manifestaciones clínicas

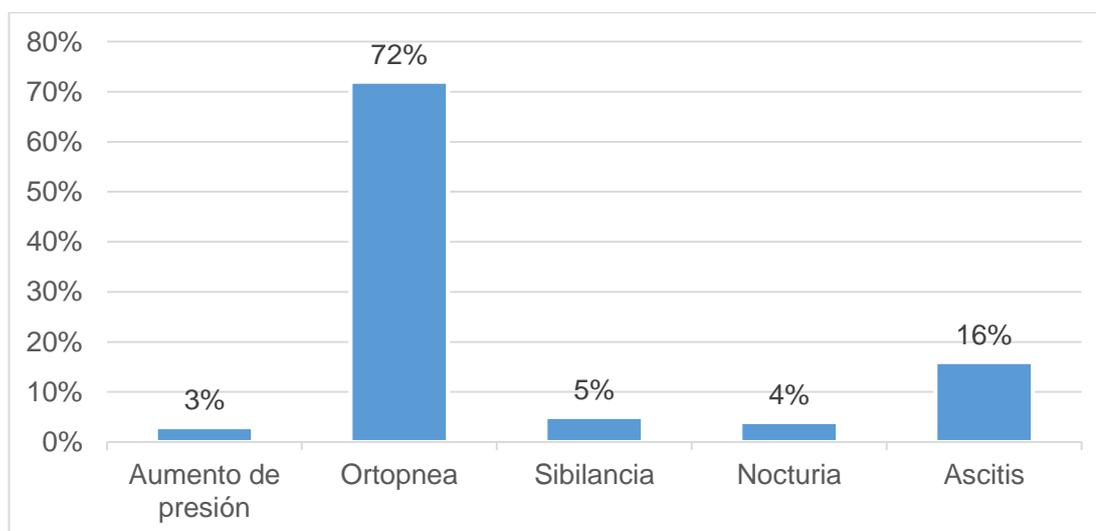
Tabla No. 6
Manifestaciones clínicas

No.	Alternativa	Frecuencia	%
1	Aumento de presión	15	3%
2	Ortopnea	368	72%
3	Sibilancia	26	5%
4	Nicturia	20	4%
5	Ascitis	82	16%
Total		511	100%

Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisa Gregoria.

Gráfico No. 7
Manifestaciones clínicas



Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisa Gregoria.

Análisis:

Se observa que en la mayoría de pacientes con insuficiencia cardiaca, presentan con mayor frecuencia ortopnea y ascitis; estas manifestaciones se las relaciona con la disfunción mecánica del diafragma vinculada con la obesidad o al incremento de la hipertensión capilar pulmonar en la posición de decúbito.

8. Clasificación funcional

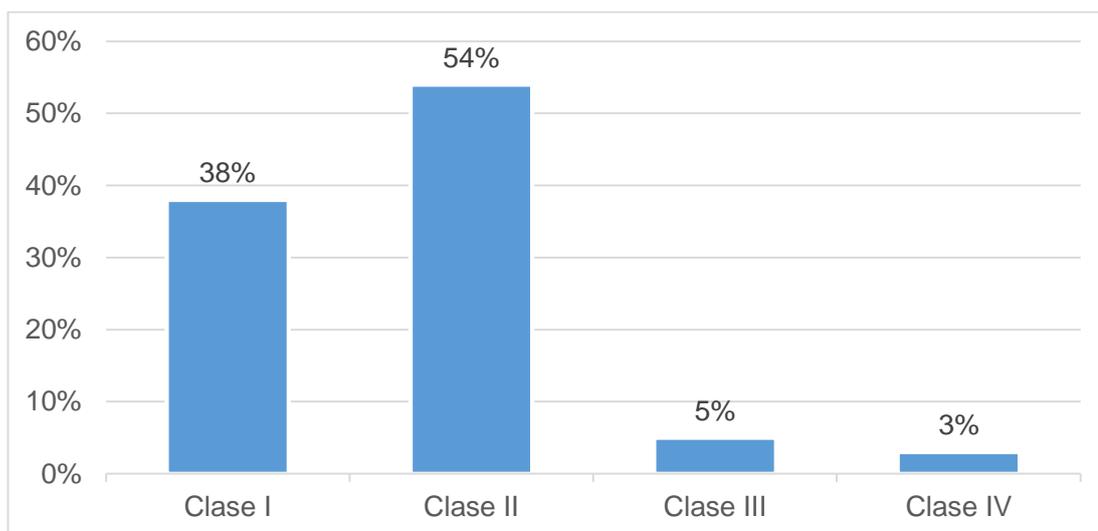
Tabla No. 7
Clasificación funcional

No.	Alternativa	Frecuencia	%
1	Clase I	194	38%
2	Clase II	276	54%
3	Clase III	26	5%
4	Clase IV	15	2%
Total		511	100%

Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisca Gregoria.

Gráfico No. 8
Clasificación funcional



Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardiaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisca Gregoria.

Análisis:

Es notable que hay una mayor cantidad de pacientes que presentan la Clase II de la insuficiencia cardiaca, es decir que estos pacientes presentan una disminución ligera en el desarrollo de actividades física, ya que al desarrollarla suele sentir palpitaciones, fatiga o disnea.

9. Complicaciones

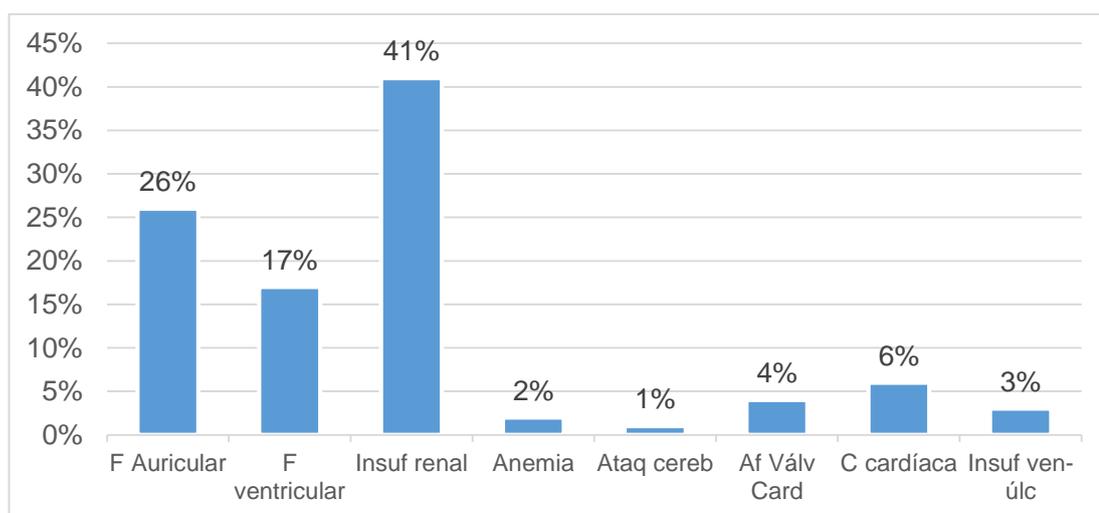
Tabla No. 8
Complicaciones

No.	Alternativa	Frecuencia	%
1	Fibrilación auricular	133	26%
2	Fibrilación ventricular	87	17%
3	Insuficiencia renal	210	41%
4	Anemia	10	2%
5	Ataque cerebral	5	1%
6	Afección válvulas cardíacas	20	4%
7	Caquexia cardíaca	31	6%
8	Insuficiencia venosa y úlceras	15	3%
Total		511	100%

Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardíaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisca Gregoria.

Gráfico No. 9
Complicaciones



Fuente: Matriz de observación a pacientes con insuficiencia cardíaca

Elaborado por: Carriel Muñoz Mónica Rosa - Corozo Orovio Narcisca Gregoria.

Análisis:

En relación a las complicaciones es evidente que los pacientes con insuficiencia cardíaca, presentaron insuficiencia renal, fibrilación auricular y fibrilación ventricular; mediante este hallazgo se observa la necesidad de que se identifiquen cada uno de los posibles factores desencadenantes y la comorbilidad, controlando la frecuencia cardíaca, las alteraciones del ritmo y la prevención de trombo-embolismos.

DISCUSIÓN

Referente a la prevalencia, fue evidente que el 39% de los pacientes que presentaron insuficiencia cardiaca, correspondían al año 2019 y que en relación con el total de pacientes que fueron atendidos dentro del área de consulta externa de cardiología, la prevalencia real fue de 2.44% desde el 2017 al 2019; resultados que poseen cierta similitud con el estudio de Manjarrez(5), quien describe que durante su estudio, la prevalencia fue de 101 pacientes atendidos en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. Este hecho permite conocer que la insuficiencia cardiaca es un asunto que debe ser tomando en cuenta, debido a su prevalencia reflejada, para así reestructurar las estrategias que ayuden a disminuir la misma.

Con relación a las características de los pacientes, se observa que la mayoría de casos de insuficiencia cardiaca fue en pacientes de 60 a 69 años (32%) y 70 a 80 años (32%), de sexo hombre (56%), estado civil soltero (61%). Así mismo posee similitud con Manjarrez(5), quien en su estudio describió que el 40% presentaron edad de 45 a 49 años y el 54% fueron hombres. Estos resultados, permiten conocer que existen ciertas características que aumentan la vulnerabilidad en que una persona pueda presentar insuficiencia cardiaca, como es el caso de la edad, por lo que la mayoría de pacientes eran adultos mayores, así mismo que debido a su estado civil, es necesario que la familia también pueda integrarse al proceso de autocuidados que debe seguir el paciente, motivándolo a que lleve a cabalidad cada una de las indicaciones dadas por el personal de salud.

Existen varios factores que pueden predisponer que un paciente llegue a presentar insuficiencia cardiaca, como son los de tipo cardiovascular, en donde se observó una mayor prevalencia de casos que presentaban miocarditis (40%), así como también los relacionados con el paciente, el consumo de grasas saturadas (29%); datos que se asemejan al estudio de Mascote(8), el cual describe que entre los factores, se destaca el consumo de alimentos elevados en grasa (43%). Hallazgos que permiten que los

encargados de ésta área, puedan conocer cuáles son los factores que están conllevado al desarrollo de esta insuficiencia cardiaca, para así poder reforzar las charlas educativas e informar a pacientes y familiares sobre su prevención.

Al observar sobre las manifestaciones clínicas, fue evidente que la mayoría de pacientes presentaba ortopnea (72%), mientras que el resto solo presentaba aumento de presión, sibilancia, nicturia y ascitis; resultados que se asemejan a los hallados por Alvarado y Baque(9), en donde el 48% presentaba disnea al momento de dormir. Hallazgos que permiten identificar que existe un problema de la disfunción mecánica del diafragma vinculada con la obesidad o al incremento de la hipertensión capilar pulmonar en la posición de decúbito.

En cuanto a las clasificaciones, según lo descrito por la Clasificación funcional del New York Heart Association, se observa que los pacientes presentan mayormente insuficiencia cardiaca de Clase II (54%). Estos hallazgos permiten conocer que existe ya una condición desfavorable en el paciente, por lo que no desarrollan con normalidad sus actividades físicas, sintiendo fatiga, palpitaciones y disnea, a causa de una alteración en la cardiopatía estructural, lo cual podría conllevar a complicaciones más severas.

Referente a las complicaciones, se puede señalar que la mayoría de pacientes que suelen presentar insuficiencia cardiaca; evidencia problema de insuficiencia renal (41%), fibrilación auricular (26%) y fibrilación ventricular (17%), siendo necesaria una intervención inmediata para la prevención de complicaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente. Mascote(8) así mismo mediante su estudio de prevalencia, observa que el 53% tuvo por complicación la fibrilación auricular.

CONCLUSIONES

En el período del 2017 al 2019 se diagnosticaron un total de 511 pacientes con insuficiencia cardíaca, alcanzado una prevalencia del 2.32% del total de pacientes que fueron atendidos en consulta externa de cardiología en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Entre las características que presentaron los pacientes con insuficiencia cardíaca, fue de 60 a 69 años y 70 a 80 años, de sexo hombre, estado civil soltero.

En referencia a los factores de riesgo, se observó una mayor relevancia de casos que presentaban miocarditis, así como también los relacionados con el paciente, el consumo de grasas saturadas.

Se evidencia que, entre las manifestaciones clínicas, fue evidente que la mayoría de pacientes presentaba ortopnea, mientras que el resto solo presentaba aumento de presión, sibilancia, nicturia y ascitis.

En cuanto a las clasificaciones, según lo descrito por la Clasificación funcional del New York Heart Association, se presentó insuficiencia cardíaca de Clase II; esto permite observar el riesgo a presentar complicaciones más severas que causen mortalidad en el paciente.

RECOMENDACIONES

Desarrollar de manera continua estudios sobre la prevalencia de la insuficiencia cardíaca, para que la institución hospitalaria pueda ir mejorando las estrategias que ayuden a los pacientes a disminuir la incidencia de esta enfermedad.

La población en riesgo debe contar con un sistema de captación temprana que puede reflejarse en el primer nivel de atención. El sistema nacional de salud contempla en su normativa mantener diferentes procesos para poder captar tempranamente a los usuarios que pueden desarrollar esta patología que tiene complicaciones que afectan la calidad de vida. Por lo tanto, la institución como tal debería establecer ciertas estrategias para contribuir a disminuir esta patología.

La difusión e información de mejorar hábitos de vida que se relacionan a este tipo de afecciones es de suma importancia, en donde los profesionales de la salud están involucrados y durante las visitas de los usuarios al centro de atención deben ser educados y monitorizados.

La insuficiencia cardíaca es un problema de salud pública, el desconocimiento de los factores que inciden en este problema representan un riesgo muy elevado para la población adulta madura y adulta mayor, por lo tanto, prevenirlo es una de las prioridades en el primer nivel de atención de salud. Corresponde a los profesionales de la salud, atender de forma integral a la población en riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares. En 2017 [citado 4 de junio de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Negrín J, Cordiés L, Roselló N, Sánchez J, Negrín J. Insuficiencia cardíaca crónica. Rev Cuba Med. 2015;40(3):195-211.
3. Biomedica. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Biomédica. 2015;31(4):469-73.
4. Farmakis D, Parissis J, Lekakis J, Filippatos G. Insuficiencia cardíaca aguda: epidemiología, factores de riesgo y prevención. Rev Esp Cardiol. 2015;68(3):245-8.
5. Manjarrez H M. 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 12 de julio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31027>
6. Lituma A, Delgado C. Prevalencia de insuficiencia cardíaca en pacientes adultos, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2013-2014. 2016 [citado 12 de julio de 2020]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25525>
7. Monroy M. Influencia de la insuficiencia cardíaca en el Área de Emergencia del Hospital Alcívar 2014-2015 [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2017 [citado 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/32452>
8. Mascote E. Determinación de la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el período comprendido desde enero hasta diciembre del 2013. Pontif Univ Católica Ecuad [Internet]. 2015

[citado 12 de julio de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/10250>

9. Alvarado G, Baque B. Etiología de la insuficiencia cardíaca en pacientes que acuden a consulta externa de cardiología del Hospital Luis Vernaza en el período de octubre 2015 a febrero 2016. 2016 [citado 12 de julio de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/5214>
10. Coll Y. Enfoque integral en la insuficiencia cardiaca: una necesidad urgente. *Rev Finlay*. 2015;5(4):294-8.
11. Sociedad Europea de Cardiología. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol*. 1 de diciembre de 2016;69(12):1167.e1-1167.e85.
12. Xavier S, Lucena R. Características clínicas de la Insuficiencia Cardíaca asociadas a la dependencia funcional en la admisión de los adultos mayores hospitalizados. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [citado 12 de julio de 2020];27. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692019000100325&lng=en&nrm=iso&tlng=es
13. Poffo M, Assis A, Fracasso M, Londero O, Alves S, Bald A, et al. Profile of Patients Hospitalized for Heart Failure in Tertiary Care Hospital. *Int J Cardiovasc Sci*. 2017;30(3):189-98.
14. Umaña H, Jiménez S, Buitrago K, Echeverry M. Semiology and differential diagnosis of chronic heart failure. *Rev Médica Risaralda*. 2018;24(1):49-57.
15. Umaña H, Buitrago K, Jiménez S, Echeverry M. Chronic heart failure etiology. *Rev Médica Risaralda*. 2017;23(2):49-57.
16. Taylor C, Rutten F, Brouwer J, Hobbs F. Practical guidance on heart failure diagnosis and management in primary care: recent EPCCS recommendations. *Br J Gen Pract*. 2017;67(660):326-7.
17. Tripoliti E, Papadopoulos T, Karanasiou G, Naka K, Fotiadis D. Heart Failure: Diagnosis, Severity Estimation and Prediction of Adverse Events Through Machine Learning Techniques. *Comput Struct Biotechnol J*. 2016;15:26-47.
18. New York Heart Association. Escala NYHA (New York Heart Association). 2016; Disponible en: <https://meiga.info/escalas/NYHA.pdf>

19. Velasco L LG, García M, Gárriz I, Rodríguez D, Varga T. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *Metas Enferm.* 2015;18(1):10.
20. Gutiérrez L. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: factores influyentes = Quality of life in patients with chronic heart failure. Influential factors. 2016 [citado 12 de julio de 2020]; Disponible en: <https://buleria.unileon.es/handle/10612/5700>
21. Inamdar A AA. Heart Failure: Diagnosis, Management and Utilization. *J Clin Med* [Internet]. 2016 [citado 12 de julio de 2020];5(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4961993/>
22. Savarese G, Lund L. Global Public Health Burden of Heart Failure. *Card Fail Rev.* 2017;3(1):7-11.
23. Ponikowski P, Voors A, Anker S, Bueno H, Cleland J, Coats A, et al. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed With the Special Contribution of the Heart Failure Association. *Eur J Heart Fail.* 2016;18(8):891-975.
24. Chávez C, Centurión O. Conceptos epidemiológicos, manejo diagnóstico y farmacológico de la insuficiencia cardíaca congestiva crónica. *Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna.* marzo de 2019;6(1):75-85.
25. Arredondo A, De Quezada F, Guerrero G. Importancia de las comorbilidades en la insuficiencia cardíaca. *Rev Médica Electrónica.* 2017;39(4):916-32.
26. Garcia A, Herrera S, Rizzi M, Alquézar A. Consideraciones sobre las hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca. Variables relacionadas. *Rev Esp Salud Pública.* 2017;90:e60004.
27. Asamblea Constituyente. Constitución del Ecuador [Internet]. Sec. Derechos del Buen vivir 2018 p. 15-218. Disponible en: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
28. Gobierno de la República del Ecuador. Ley Organica de la Salud. 2015;43.
29. Consejo Nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida. 28 de mayo de 2018;1(1):149.

ANEXOS



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Memorando N° HAGP-2020-UDI-066-M
Guayaquil, Julio 29 del 2020

Psicólogo
Richarth Armijos Paño
COORDINADOR DE ADMISIONES
Presente

A través de la presente solicito a usted, muy comedidamente se sirva brindar las facilidades a los estudiantes. **CARRIEL MUÑOZ MONICA ROSA Y COROZO OROVIO NARCISA GREGORIA**, quienes se encuentra realizando su tema de Tesis "PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA CARDIOLOGIA" para la cual deberán recabar información en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el período desde enero del 2017 a diciembre del 2019.

Agradeciéndole por la atención brindada.

Atentamente,

Dra. Marcia Sig-tú Meza

Coordinadora de Docencia e Investigación
Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón



Correo: monika_carriel_16@hotmail.es
nay_132011@hotmail.com



Psic. Richarth Armijos
Lider Gestión de Admisiones
HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN
29/07/2020
09:27

Revisado: Asesora de Gestión
29/07/2020
9:20am

Calle 29va y Galápagos.
Tel: 593 (04) 2597400, ext.: 3437, 3450, 4162



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”

Tema: Prevalencia de insuficiencia cardiaca en pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

Objetivo: Recolectar datos de los expedientes clínicos.

MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

1. Edad

18 a 29 años	<input type="checkbox"/>
30 a 39 años	<input type="checkbox"/>
40 a 49 años	<input type="checkbox"/>
50 a 59 años	<input type="checkbox"/>
60 a 69 años	<input type="checkbox"/>
70 a 80 años	<input type="checkbox"/>

2. Sexo

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

3. Estado civil

Soltero (a)	<input type="checkbox"/>
Casado (a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado (a)	<input type="checkbox"/>
Viudo (a)	<input type="checkbox"/>

4. Factores de riesgo cardiovasculares

Síndromes coronarios agudos	<input type="checkbox"/>
Miocarditis	<input type="checkbox"/>
Embolia pulmonar aguda	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia valvular aguda	<input type="checkbox"/>
Disección aórtica	<input type="checkbox"/>
Taponamiento cardiaco	<input type="checkbox"/>

5. Factores de riesgo relacionado con el paciente

Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/>
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>
Consumo de grasas saturadas y carbohidratos	<input type="checkbox"/>
Sedentarismo	<input type="checkbox"/>
Estrés	<input type="checkbox"/>
Mal cumplimiento de la medicación	<input type="checkbox"/>

6. Síntomas

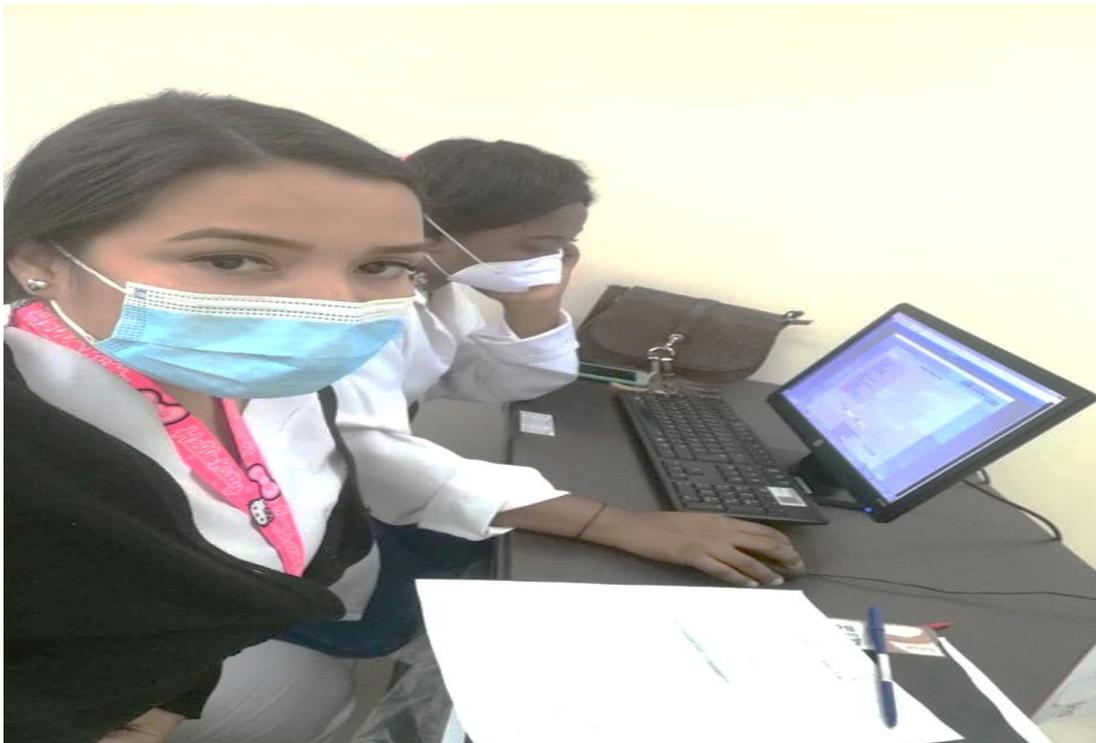
Aumento de presión venosa yugular	<input type="checkbox"/>
Ortopnea	<input type="checkbox"/>
Sibilancia	<input type="checkbox"/>
Nicturia	<input type="checkbox"/>
Ascitis	<input type="checkbox"/>

7. Clasificación funcional de la New York Heart Association

Limitación para realizar una actividad normal (clase I)	<input type="checkbox"/>
Disminución ligera para realizar una actividad normal (clase II)	<input type="checkbox"/>
Síntomas provocados por cualquier actividad física (clase III)	<input type="checkbox"/>
Limitación para realizar una actividad normal hasta los que tienen síntomas en reposo (clase IV)	<input type="checkbox"/>

8. Complicaciones comunes

Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>
Fibrilación ventricular o taquicardia	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>
Ataque cerebral	<input type="checkbox"/>
Afección de las válvulas cardíacas	<input type="checkbox"/>
Caquexia cardíaca	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia venosa y úlceras en las piernas	<input type="checkbox"/>



Estudiantes Carriel Muñoz Mónica Rosa y Corozo Orovio Narcisca Gregoria, realizando revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Carriel Muñoz Mónica Rosa**, con C.C: # 0951945807 autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de insuficiencia cardiaca en pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón**, previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, a los 31 días del mes de Agosto del 2020.

f. _____

Carriel Muñoz Mónica Rosa

C.C: 0951945807



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Corozo Orovio Narcisa Gregoria**, con C.C: # **0925198723** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de insuficiencia cardiaca en pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón**, previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, a los 31 días del mes de Agosto del 2020.

f. _____

Corozo Orovio Narcisa Gregoria

C.C: 0925198723



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de insuficiencia cardiaca en pacientes atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.		
AUTOR(ES)	Carriel Muñoz Mónica Rosa Corozo Orovio Narcisa Gregoria		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Rosa Elizabeth Calderón Molina		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	31 de agosto del 2020.	No. DE PÁGINAS:	46
ÁREAS TEMÁTICAS:	Vigilancia epidemiológica		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Prevalencia, insuficiencia cardiaca, pacientes, cardiología.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Estudio sobre prevalencia de insuficiencia cardiaca. Objetivo: Determinar la prevalencia de la insuficiencia cardiaca en pacientes, atendidos en el área de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil. Diseño: cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo. Técnica: Observación indirecta. Instrumento: guía de observación indirecta. Muestra: 511 casos entre 2017 al 2019. Resultados: 39% prevalencia de casos de insuficiencia cardiaca correspondientes al año 2019; Edad: 60 a 69 años (32%) y 70 a 80 años (32%) Sexo: 56% hombres, 44% mujeres; Estado civil: 61% solteros; Factores cardiovasculares: 40% miocarditis, 30% Síndromes coronarios agudos, 18% embolia pulmonar aguda; Factores relacionados con el paciente: 29% consume grasas saturadas; 21% sedentarismo; 17% consume alcohol, 16% consume tabaco; Manifestaciones clínicas: 72% Ortopnea, 16% Ascitis; Clasificación funcional: 54% Clase II, 38% Clase I; Estadio: 55% tipo C, 23% tipo B, 19% tipo A; Complicaciones: 41% insuficiencia renal, 26% Fibrilación auricular, 17% fibrilación ventricular. Conclusión: La insuficiencia cardiaca se da con mayor prevalencia en personas de edad avanzada, pero así mismo existen ciertos factores que pueden ayudar a contrarrestar el desarrollo de la enfermedad, por lo que es importante dar orientación sobre los autocuidados que deben de seguir, para incentivarlos a llevar un mejor estilo de vida y evitar el desarrollo de esta enfermedad.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0986040986 0958888655	E-mail: monika_carriel_16@hotmail.es nay_132011@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc. Teléfono: +593-0993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			