

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Autocuidado de la insuficiencia cardíaca crónica en los
pacientes que asisten a cardiología en el Hospital del IESS
los ceibos, año 2024 – 2025.**

AUTORES:

**Arias Suárez, Susan Ariana
Largo Zea, Katherine Lisseth**

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

TUTOR:

Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto Msc.

**Guayaquil, Ecuador
01 de septiembre del 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **ARIAS SUÁREZ SUSAN ARIANA y LARGO ZEA KATHERINE LISSETH** como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**.

TUTOR

f. _____
OVIEDO PILATAXI, LUIS ALBERTO

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **ARIAS SUÁREZ SUSAN ARIANA**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Autocuidado de la insuficiencia cardíaca crónica en los pacientes que asisten a cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025**, 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, a los 01 del mes de septiembre del año 2025

LA AUTORA:

f. _____

ARIAS SUÁREZ SUSAN ARIANA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **LARGO ZEA KATHERINE LISSETH**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Autocuidado de la insuficiencia cardíaca crónica en los pacientes que asisten a cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025**, 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, a los 01 del mes de septiembre del año 2025

LA AUTORA:

Katy Largo

f. _____

LARGO ZEA KATHERINE LISSETH



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **ARIAS SUÁREZ SUSAN ARIANA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Autocuidado de la insuficiencia cardíaca crónica en los pacientes que asisten a cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2025

LA AUTORA:

f. _____

ARIAS SUÁREZ SUSAN ARIANA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **LARGO ZEA KATHERINE LISSETH**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Autocuidado de la insuficiencia cardíaca crónica en los pacientes que asisten a cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2025

LA AUTORA:

Katy Largo

f. _____

LARGO ZEA KATHERINE LISSETH

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS

magister

Autocuidado de la insuficiencia cardíaca crónica en los pacientes que asisten a cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025.

5%

Textos sospechosos

< 1%

Similitudes

0% similitudes entre comillas

0% entre las fuentes mencionadas

1% Idiomas no reconocidos (ignorado)

5% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: ARIAS SUSAN, LARGO KATHERINE (2).docx

ID del documento: 37946525b613cf56f0265caec919e9348ee643fa

Tamaño del documento original: 286,15 kB

Autor: KATHERINE LISSETH LARGO ZEA

Depositante: SUSAN ARIAN ARIAS SÚAREZ

Fecha de depósito: 8/9/2025

Tipo de carga: interface

fecha de fin de análisis: 8/9/2025

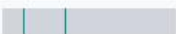
Número de palabras: 4617

Número de caracteres: 31.223

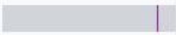
Ubicación de las similitudes en el documento:

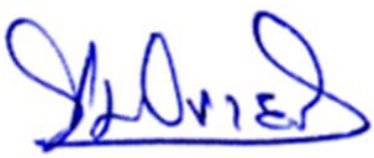


Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 www.opinioncaribe.com ¿De qué nos enfermamos? - Opinion Caribe https://www.opinioncaribe.com/2017/07/20/de-que-nos-enfermamos/	2%		 Palabras idénticas: 2% (80 palabras)
2	 docs.bvsalud.org https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/997095/ao_02.pdf#:~:text=Los criterios de inclusi3n... 2 fuentes similares	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (42 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 Documento de otro usuario #881a9c Viene de de otro grupo	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
2	 Reina y Pita Compilatio.docx Autocuidado de la preeclampsia en gest... #b5ba18 Viene de de mi grupo	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (12 palabras)



AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero reconocimiento a la Carrera de Enfermería y a mi tutor/a, por su guía metodológica y rigor académico durante el proceso de titulación. Agradezco al Hospital IESS Los Ceibos y al Servicio de Cardiología por las facilidades brindadas para el trabajo de campo, así como a los pacientes que, con su participación, hicieron posible este estudio. Extiendo mi gratitud a docentes, compañeras/os y a mi familia, cuyo apoyo moral y logístico fue decisivo para culminar esta investigación

ARIAS SUÁREZ SUSAN ARIANA

Agradezco a Dios por la claridad para elegir y la fortaleza para continuar. A mi familia, sostén permanente: a mi abuelita Marina por enseñarme a avanzar con firmeza y gentileza; a mi mamá Silvia por su presencia y confianza inagotables; y a mi papá Patricio por el ejemplo, la responsabilidad y el ánimo diario. Agradezco a Alex por su apoyo constante, la paciencia de su escucha y su compromiso cotidiano. A Erika y Christopher, gracias por caminar a mi lado cuando faltaba el empuje. A Kylie, por convertir la ansiedad en calma y recordarme la medida del descanso. Reconozco a las y los docentes y tutores de Enfermería, que supieron exigir con humanidad y ayudaron a formar criterio, ética y sensibilidad clínica. A mis compañeras y compañeros, por transformar el estudio en trabajo compartido y sostener la constancia en los días difíciles. Y a cada paciente, por la confianza: en sus historias se confirma el sentido de cuidar con ciencia y con humanidad.

LARGO ZEA KATHERINE LISSETH

DEDICATORIA

A mi familia, por su acompañamiento constante y por enseñarme, con el ejemplo, el valor del servicio a los demás. A quienes creyeron en esta meta y alentaron cada paso, les dedico este esfuerzo académico que refleja disciplina, perseverancia y gratitud. A los pacientes y cuidadores que inspiraron esta investigación, por recordarme cada día el sentido humano de la profesión de enfermería.

ARIAS SUÁREZ SUSAN ARIANA

Dedico este trabajo a Dios, guía en la incertidumbre, y a la versión resiliente de mí que perseveró. A mi abuelita Marina, cuya voz y ejemplo orientaron mis decisiones. A mis padres, Silvia y Patricio, por el cuidado, los valores y la disciplina que sostuvieron este camino. A Alex por su calma y apoyo, a Erika y Christopher por la alegría compartida y a Kylie por recordarme la sencillez de lo cotidiano. Este logro nace de su amor y de mi empeño.

Este logro nace de su amor y de mi empeño.

LARGO ZEA KATHERINE LISSETH



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, Mgs
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUÍN JIMENEZ, Mgs
COORDINADORA DEL ÁREA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

f. _____

LIC. ROSA ELIZABETH CALDERÓN MOLINA, Mgs
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIV
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.2 JUSTIFICACIÓN	6
1.3 OBJETIVOS.	8
1.3.1 OBJETIVO GENERAL:.....	8
1.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	8
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL	11
2.2.1 IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA	12
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	18
NIVEL.	18
MÉTODOS.....	18
DISEÑO	18
SEGÚN EL TIEMPO	18
SEGÚN LA NATURALEZA	18
3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA.	18
3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	18

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	19
3.3 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	19
TÉCNICA: ENCUESTA.....	19
INSTRUMENTO.....	19
3.6 VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.	20
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS.....	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Grafico 1. Distribución por edad (rangos del instrumento)	21
Grafico 2. Distribución por sexo	22
Tabla 3. Procedencia	22
Tabla 4. Nivel educativo.....	23
Tabla 5. Situación laboral	24
Tabla 1. Comorbilidades principales (múltiple, sobre n=186)	24
Tabla 2. Etiología de la insuficiencia cardíaca	25
Tabla 3. Tiempo de seguimiento.....	26
Tabla 4. Adherencia — Fármaco reconocido.....	27
Grafico 6. Adherencia — Reconoce dosis	28
Gráfico 7. Adherencia — Toma en horario	28
Tabla 5. Resumen de resultado de encuesta EHFS _{CB} -12.....	29
Tabla 6. Medidas de autocuidado según escala EHFS _{CB} -12	30
Tabla 7. Búsqueda de atención (clasificación por persona) de escala EHFS _{CB} -12	31
Tabla 8. Reconoce el nombre del fármaco de escala EHFS _{CB} -12	31
Tabla 9. Reconoce dosis medicamentosas de escala EHFS _{CB} -12	32
Tabla 9. EHFS _{CB} -12 — Estadísticos del puntaje total e índice 0–100.....	32
Tabla 7. EHFS _{CB} -12 — Categorías del índice 0–100 (corte 70).....	33

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) exige integrar educación y autocuidado al manejo clínico. La European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScB-12) permite objetivar conductas de mantenimiento y de respuesta ante descompensación. **Objetivo:** Determinar el nivel de autocuidado en pacientes con IC crónica atendidos en la consulta de Cardiología del Hospital IESS Los Ceibos (2024–2025) y describir su variación según perfil sociodemográfico, clínico y adherencia. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, aplicando una encuesta estructurada a 186 personas. **Resultados:** Predominaron edades mayores a 50 años; el 83% residía en área urbana y el 41% culminó secundaria. La multimorbilidad fue elevada predominando la hipertensión 77%, diabetes 47,8%, La adherencia a la medicación mostró alto desempeño (reconocer dosis “siempre”: 70,4%; tomar en horario “siempre”: 71%). El autocuidado presentó una media 54,2 (DE 27,7), con 32% en nivel adecuado (≥ 70). **Conclusión:** El autocuidado en nuestra población fue bajo (68%), con problemas en la vigilancia de síntomas, ejercicio regular y vacunación; se recomienda institucionalizar la educación con verificación de la comprensión y planes de acción escritos, además de seguimiento programado para reforzar conductas prioritarias.

Palabras clave: Autocuidado; Insuficiencia Cardíaca; Educación del Paciente; Adherencia de la Medicación; Atención Ambulatoria

ABSTRACT

Introduction: Heart failure (HF) requires the integration of patient education and self-care into routine clinical management. The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScB-12) enables the objective assessment of maintenance behaviors and responses to decompensation. **Objective:** To determine the level of self-care among patients with chronic HF attending the Cardiology clinic at Hospital IESS Los Ceibos (2024–2025) and to describe its variation according to sociodemographic profile, clinical characteristics, and treatment adherence. **Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted using a structured survey administered to 186 individuals. **Results:** Most participants were older than 50 years; 83% resided in urban areas and 41% had completed secondary education. Multimorbidity was frequent, with hypertension (77%) and diabetes (47.8%) predominating. Medication adherence demonstrated strong performance (recognizing the correct dose “always”: 70.4%; taking medications on schedule “always”: 71%). The self-care score averaged 54.2 (SD 27.7) on a 0–100 scale, with 32% reaching an adequate level (≥ 70).

Conclusion: Overall self-care was suboptimal (68% below the adequate threshold), with notable gaps in symptom surveillance, regular physical activity, and vaccination uptake. It is recommended to institutionalize education with verification of comprehension and written action plans, alongside scheduled follow-up to reinforce priority behaviors.

Keywords: Self-Care; Heart Failure; Patient Education; Medication Adherence; Ambulatory Care.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia cardíaca es un síndrome crónico con alta prevalencia, con tasas de morbilidad numerosas. Las guías actuales sugieren que la farmacoterapia, las intervenciones sistemáticas de educación, automonitoreo y respuesta temprana ante signos de alarma sean complementadas entre sí, siendo el departamento de enfermería un papel fundamental(1).

La actualización de los datos globales describió que la IC es un foco de ascenso continuo en significativos grupos etarios y contextos, con una prevalencia sostenida sobre las consultas, hospitalizaciones y costos; de hecho, la literatura internacional ha menciona la magnitud del problema y su comportamiento temporal, lo cual confirma que se trata de una condición crónica con una muy alta morbilidad que demanda seguimiento permanente y estrategias de control efectivas (2).

En Ecuador que estima que, tras el alta por insuficiencia cardíaca, el reingreso a 30 días ocurre en torno al 13,2% y el reingreso a 1 año alcanza el 35,7% (tasas agregadas, todas las causas), con variaciones relevantes entre países; estas estadísticas indican la necesidad de intervenciones estructuradas pos alta para mitigar recurrencias y el gasto asociado (2).

En conformidad con esa carga, las guías contemporáneas de práctica clínica enfatizaron que el cuidado de la persona con IC debe integrar la farmacoterapia con componentes no farmacológicos centrados en educación y autocuidado, en un marco interdisciplinario que contemple la alfabetización en salud, el soporte social y el acceso oportuno. (3)

Estos documentos recomiendan evaluar y fortalecer conductas de autocuidado como parte del plan asistencial estándar y sitúan a enfermería en un rol protagónico para la enseñanza, la monitorización y el acompañamiento del paciente y su familia a través del continuo de la atención(3)

Para poder obtener resultados con la implementación de las medidas mencionadas, resulta prioritario disponer de instrumentos válidos que capturen de manera fiable las conductas de autocuidado. La EHFSB-12 es

una herramienta validada la cual facilita la medición estandarizada de conductas de autocuidado para orientar la práctica y evaluar mejoras (4,5).

La relevancia de este proyecto se sustenta en que, en la cotidianidad de cuidados cotidianos, pues en la insuficiencia cardíaca la necesidad de orientación específica y sistemática se vuelve crítica. Desde la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, se asume que los individuos poseen capacidad para atender sus propias necesidades de salud, y que la función de enfermería es identificar déficits y brindar ayuda mediante guía, apoyo y educación para fortalecer la agencia y la autonomía del paciente(6).

Bajo este marco, y atendiendo a las prioridades de la disciplina de enfermería, el presente trabajo tiene como propósito: Determinar el autocuidado de la insuficiencia cardíaca crónica en los pacientes que asisten a cardiología el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025; mediante la técnica de la encuesta utilizando la escala europea de autocuidado en IC (EHFScBS). (5,7)

CAPITULO I

1.1 Planteamiento Del Problema

El autocuidado en insuficiencia cardíaca es un proceso deliberado de decisión que articula mantenimiento, vigilancia de signos y respuesta ante síntomas, favoreciendo la adopción sostenida de conductas saludables; la evidencia y las guías actuales lo vinculan con reducción de reingresos y mortalidad y con mejoras en la calidad de vida(8,9)

La insuficiencia cardíaca (IC) se encuentra en un 1% al 3% de la población adulta en países desarrollados cuya prevalencia aumentada en relación de la edad (más del 10% entre personas ≥ 70 años); la probabilidad de riesgo en relación el sexo a los 55 años es del 28% y 33%, para el sexo femenino y masculino respectivamente(2). En paralelo, los reingresos tras una hospitalización por IC siguen siendo elevados: un metanálisis global reportó 13,2% a 30 días y 35,7% al año, lo que ilustra la persistencia del problema y sus implicaciones para la planificación de cuidados (10).

Estadística global identifica que la prevalencia de Insuficiencia cardíaca aumentará hasta un 46% en el año 2030. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En las Américas y en países de ingresos medios como Ecuador, las enfermedades cardiovasculares permanecen entre las principales causas de muerte y discapacidad, con heterogeneidad interna y brechas de control de factores de riesgo. En Ecuador, análisis poblacionales de la cardiopatía isquémica entre 2011 y 2021 mostraron cargas relevantes de hospitalización y mortalidad y gradientes geográficos por altitud, reflejando la necesidad de estrategias locales de prevención secundaria y seguimiento(11).

En Europa, la Insuficiencia cardíaca se estima que afecta a 10 millones de personas(6). La insuficiencia cardíaca mantiene una carga poblacional relevante: en adultos, su prevalencia se sitúa alrededor del 1–2% y muestra

una marcada dependencia de la edad; permanece por debajo del 1% antes de los 50–55 años y aumenta de forma acusada en cada década hasta superar el 10% en las personas de 70 años o más (3,12,13).

En Norteamérica, la prevalencia poblacional de insuficiencia cardíaca se encuentra aproximadamente en el 2% y el total de casos con insuficiencia cardíaca crónica duplica al de los cuadros de insuficiencia cardíaca aguda. además, en los pacientes portadores de la condición crónica, la tasa anual de reingreso hospitalarios alcanza el 31.9% y la mortalidad llega al 7.2% durante el año de seguimiento(10).

Entre las primeras causas de muerte para la región de América Latina y el Caribe se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón (10,9% del total de defunciones), las enfermedades cerebro vasculares (8,2%) y las condiciones perinatales y diabetes mellitus (5% cada una), lo cual representa una clara idea de los desafíos, límites y acciones de la región de América Latina que enfrenta dinámicas típicas de un contexto “moderno” con la carga todavía importante de lo que define a los modelos “antiguos” (10)

En el Perú, la IC es una de las enfermedades más comunes, afectando a casi 400.000 peruanos y más de dos mil peruanos fallecieron por esta enfermedad en el 2015. Además, esta patología tuvo impacto económico alto para el Perú ya que generó cerca de 970 millones de soles causando también una disminución de la productividad , considerando además que alrededor de más de tres millones de personas es afectado por infarto de miocardio, presión arterial elevada, fibrilación auricular o insuficiencia cardíaca(9)

En Ecuador, la insuficiencia cardíaca (IC) tiene una prevalencia de entre 1% y 2% en la población adulta, y de hasta 10% en personas de 75 a 80 años. En 2013, la mortalidad por IC en Ecuador superó a varias enfermedades cardiovasculares y oncológica (En 2013, la mortalidad por IC en Ecuador superó a varias enfermedades cardiovasculares y oncológica (9)

El Hospital del IESS Los Ceibos es un referente a nivel regional para el manejo de patologías cardiovasculares, destacando la insuficiencia Cardíaca, en

quienes según la bibliografías se encuentra bajas tasas del autocuidado, especialmente en sus actividades cotidianas.

Preguntas De Investigación

¿Cómo es el Autocuidado de la insuficiencia cardiaca crónica de los pacientes que asisten a la consulta de cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025?

¿Qué características sociodemográficas presentan los pacientes que asisten a la consulta de cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025?

¿Con que parámetros se mide la conducta de autocuidado de la insuficiencia cardiaca crónica en los pacientes que asisten a la consulta de cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025?

¿Los pacientes con Insuficiencia cardíaca crónica manifiestan adherencia al tratamiento farmacológico

1.2 Justificación

El presente estudio se justifica porque el personal de enfermería ocupa un papel decisivo en la promoción de la salud y en el acompañamiento del autocuidado de las personas con insuficiencia cardiaca, dimensiones que las guías clínicas priorizan como parte del manejo estándar junto al tratamiento farmacológico(6)(3)

La OMS conceptualiza el autocuidado como “la capacidad de los individuos, las familias y las comunidades para promover y mantener su propia salud, prevenir enfermedades y hacerles frente, ya sea con o sin la asistencia de un trabajador de la salud o de la salud” La evaluación del desempeño de autocuidado en IC, se revela como una estrategia que permite a las enfermeras promover una mejor calidad de vida a los pacientes (14)

El presente estudio tiene en el plano teórico, permitirá contribuir al cuerpo de conocimiento existente sobre las prácticas de la prevención y el control de

enfermedades, la autogestión, la atención a las personas dependientes y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos (6), ofreciendo una enseñanza actualizada del autocuidado en la IC. En términos prácticos, los resultados de esta investigación tendrán un impacto significativo en la calidad de atención brindada, como agentes activos de la gestión de su propia atención sanitaria (15).

El proyecto es factible y viable gracias al respaldo institucional y a la colaboración de las personas atendidas, lo que permite una ejecución ordenada del trabajo de campo. Sus hallazgos pueden impulsar nuevas líneas de investigación sobre la gestión del autocuidado en insuficiencia cardíaca, especialmente en ámbitos ambulatorios. Las guías clínicas vigentes sostienen que reforzar el autocuidado mediante educación estructurada, seguimiento posalta y abordaje multidisciplinario liderado por enfermería constituye un pilar del manejo y se asocia con menos reingresos y mejor supervivencia, por lo que resulta imprescindible disponer de instrumentos validados para medirlo y evaluar el impacto de las intervenciones(16).

El principal grupo que se beneficia de este tipo de investigación son los pacientes pues se beneficiarán de una educación organizada que fortalece el conocimiento sobre su enfermedad y las habilidades de cuidado. Esta estrategia, recomendada por guías internacionales y por la OMS en su enfoque de autocuidado, se relaciona a mejor calidad de vida y a menos reingresos cuando se integra en el seguimiento posalta.

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General:

- 1 Determinar el autocuidado de la insuficiencia cardiaca crónica de los pacientes que asisten a la consulta de cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025.

1.1.1 Objetivos Específicos:

- 1 Identificar las características sociodemográficas que presentan los pacientes que asisten a la consulta de cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025
- 2 Describir los parámetros que miden las medidas de autocuidado propiamente dichas, en los pacientes que asisten a la consulta de cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025.
- 3 Especificar los parámetros que miden el autocuidado desde la perspectiva de búsqueda de atención médica ante el aparecimiento de signos de alarma en pacientes con Insuficiencia Cardiaca que asisten la consulta cardiológica.

CAPITULO II

2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Numerosos estudios han empleado el estudio de Insuficiencia cardiaca, autocuidado y la aplicación de la escala EHFS_{CB} para evaluar el nivel de autocuidado en diferentes contextos y poblaciones con IC, proporcionando un marco de referencia para interpretar resultados:

Se identificó un estudio transversal ecuatoriano que midió la frecuencia de conductas de autocuidado en consulta externa utilizando la EHFS_{CB}. La muestra fue de 69 personas con insuficiencia cardíaca (IC), de los cuales 66,7% correspondieron a mujeres, con edad media 62±12 años; 76,8% presentó ≥2 comorbilidades y el consumo promedio fue de 4 fármacos, con polifarmacia en 34%. Las conductas con mayor cumplimiento fueron: toma de medicación según indicación (95,6%), dieta hiposódica (72,4%) y reposo diurno (62,3%). El estudio concluyó que la ausencia de autocuidado fue alta y subrayó la necesidad de educación dirigida como parte del abordaje no farmacológico en IC crónica(9)

En España, la EHFS_{CB} fue realizada en una unidad especializada de cardiovascular con resultados reveladores. González et al. en una población de 335 pacientes, reportaron un puntaje medio de 24,2 (±7,7) puntos, lo que sugiere un nivel de autocuidado relativamente bueno en promedio. No se hallaron diferencias significativas según sexo, edad o etiología de la IC, salvo por la duración del seguimiento en la unidad, concluyendo que a mayor tiempo bajo cuidado especializado, mejora la puntuación de autocuidado. De hecho, los pacientes recién ingresados presentaban en promedio puntuaciones más altas (peor autocuidado, ~28 puntos en la primera evaluación), mientras que aquellos con ≥12–15 meses de seguimiento redujeron su puntaje a ~20 puntos (mejor autocuidado)(18).

Kato y colaboradores (Japón), evaluaron a 116 pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca mediante la versión japonesa de la European Heart

Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScB) y evidenciaron que la conducta de “buscar ayuda” ante el empeoramiento resultó deficitaria con independencia de hospitalizaciones previas; en el modelo multivariado (ajustado por edad y péptido natriurético tipo B), la diabetes mellitus y el estar empleado se asociaron de forma independiente con peor autocuidado ($p=0,03$ y $p=0,02$, respectivamente), mientras que el antecedente de hospitalización por IC no se comportó como predictor, lo que sugiere que determinantes clínico-metabólicos y ocupacionales modulan más el autocuidado que la historia de ingresos; estos hallazgos son directamente comparables con el presente trabajo por el instrumento empleado (familia EHFScB) y aportan variables pertinentes para el contraste con los subgrupos clínicos (FEVI, NYHA, etiología, reingresos) y con la adherencia farmacológica autorreportada, reforzando el énfasis de enfermería en intervenciones educativas orientadas al reconocimiento temprano de síntomas y a la consulta oportuna.

Feijó y colaboradores en el año 2022, informó un estudio metodológico en clínica ambulatoria de insuficiencia cardíaca que adaptó la EHFScB-12 al portugués de Brasil mediante traducción, síntesis, retrotraducción, panel de expertos y preprueba; la escala (12 ítems, Likert 1–5) mantuvo su rango de 12–60 puntos (menor puntaje = mejor autocuidado) y fue aplicada a 124 pacientes con edad media $62,3 \pm 12$ años; se reportaron alfa de Cronbach = 0,70 y coeficiente de correlación intraclase = 0,87 para reproducibilidad, además de un puntaje total medio = $24,7 \pm 8,5$ en la métrica original, lo que respaldó la validez de contenido(19),

El estudio de Son YJ y Won MH, hizo un trabajo de validación de la escala EHFScBS-9 al coreano, mediante un estudio transversal de validación en 270 pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca; la consistencia interna resultó adecuada (α de Cronbach = 0,84) y la validez de constructo se sustentó en un análisis factorial (exploratorio y confirmatorio) que identificó tres factores (conductas de consulta, restricción de líquidos y conductas de adherencia) que explicaron 71,85% de la varianza; adicionalmente, la validez

criterio se corroboró al observarse mayor autocuidado en participantes con alfabetización en salud adecuada y mejor estado general de salud(21).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Autocuidado

El autocuidado se define como el conjunto de acciones deliberadas que los individuos realizan para preservar la vida, mantener su salud y promover su bienestar (14). En el ámbito de la salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el autocuidado como la capacidad de los individuos, las familias y las comunidades para conseguir promover un estado de salud, hacer prevención de enfermedades, mantener la salud y hacer frente las enfermedades y discapacidades contando o no con el apoyo de un proveedor de atención médica”(14,22). Esto implica que el autocuidado abarca una variedad de prácticas, desde hábitos de vida saludables (alimentación, ejercicio, descanso) hasta la adherencia a medidas preventivas y terapéuticas, con el fin último de conservar y mejorar la salud de la persona en todas sus dimensiones(8).

En la enfermería, el concepto de autocuidado tiene un fundamento teórico sólido en la Teoría del Déficit de Autocuidado propuesta por Dorothea Orem. Orem describió el autocuidado como un comportamiento aprendido, compuesto por actividades positivas y prácticas que los individuos realizan en beneficio de su propia salud. Según esta teoría, cada persona tiene la capacidad innata (denominada *agencia de autocuidado*) para cuidarse a sí misma, pero puede requerir educación y apoyo para desarrollarla plenamente. La teoría de Orem destaca que la *capacidad de autocuidado* es esencial para que las personas satisfagan sus necesidades de salud diarias y enfrenten los factores estresantes o condiciones adversas que puedan afectar su bienestar. Cuando existe un déficit en esa capacidad (es decir, cuando las demandas de cuidado superan la habilidad del individuo para cuidarse por sí mismo), se generan necesidades de intervención de enfermería(23).

Bajo esta perspectiva, el rol de los profesionales de enfermería incluye fomentar la independencia de las personas en su autocuidado. Esto se logra mediante la educación para la salud, la motivación y el apoyo en la adquisición de hábitos saludables. Un adecuado nivel de autocuidado no solo beneficia al individuo al mantenerlo sano, sino que también reduce la carga sobre el sistema sanitario, al prevenir complicaciones y enfermedades futuras. Por el contrario, niveles insuficientes de autocuidado están asociados con consecuencias negativas, como un peor control de enfermedades crónicas, mayor riesgo de complicaciones y menor calidad de vida. En síntesis, el autocuidado es un concepto holístico que vincula conocimiento, motivación y acciones concretas orientadas a la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad(24).

2.2.1 IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

El autocuidado constituye un componente estratégico del abordaje de la insuficiencia cardíaca (IC) por su capacidad para modular la trayectoria clínica y los costos sociales de un síndrome crónico, prevalente y de alto impacto en servicios de salud. La evidencia reciente desde repositorios universitarios y revistas académicas ligadas a universidades señala que las intervenciones educativas estructuradas y el acompañamiento de enfermería disminuyen reingresos, estabilizan el curso clínico y fortalecen la autonomía del paciente, especialmente cuando se integran seguimiento telefónico y telemonitoreo (25)

El énfasis en autocuidado se basa en la naturaleza sindrómica de la IC además de su condición de problema de salud pública, pues la progresión sintomática y la carga de comorbilidad requieren que la persona identifique signos de alarma, adhiera a la farmacoterapia, modifique hábitos y obtenga atención oportuna (26)

Además, estudios alojados en repositorios universitarios muestran que factores como conocimientos, apoyo social y estado emocional condicionan la adherencia al autocuidado; por ello, las estrategias deben personalizarse y considerar determinantes individuales y contextuales para maximizar su

efectividad. En consonancia, las guías contemporáneas de la Sociedad Europea de Cardiología incorporan explícitamente el autocuidado como estándar del manejo ambulatorio, lo que refuerza su medición y refuerzo sistemático en la práctica clínica y en investigación(26).

2.2.2 INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardíaca (IC) es un cuadro sindrómico: se manifiesta por síntomas (disnea y fatiga) y signos (edemas y cianosis) derivados de una anomalía estructural o funcional del corazón que reduce el gasto o eleva las presiones de llenado; la definición universal vigente exige, además, corroboración objetiva mediante péptidos natriuréticos elevados y/o evidencia de congestión pulmonar o sistémica. Estas características, sumadas a su elevada carga clínica, social y la tendencia al incremento de la prevalencia a nivel global, mantiene la necesidad de integrar estrategias de autocuidado en el manejo. En relación de las guías contemporáneas (ESC 2021 y actualización focal 2023; AHA/ACC/HFSA 2022) insigne en este tema, recomiendan, además de la farmacoterapia, intervenciones estructuradas de educación, automonitoreo y respuesta ante signos de alarma, dentro de modelos de atención coordinados por equipos interdisciplinarios en los que enfermería tiene un rol central, lo cual identifica la medición objetiva de autocuidado como una necesidad(3,12).

Para cuantificar el autocuidado en IC se ha utilizado de forma extendida la European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScB), disponible en su versión original de 12 ítems (EHFScB-12) y en la abreviada de 9 ítems (EHFScB-9), con traducciones oficiales y guía de traducción/retrotraducción de uso libre, lo cual favoreció su adopción internacional(27).

2.2.3 ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

La Escala Europea de Conducta de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca (EHFScB) es un instrumento ampliamente utilizado para medir las conductas

de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC)(27). Fue desarrollada originalmente en Europa en 2003 por Jaarsma y colaboradores. Surgida de un conjunto inicial de 19 ítems que tras validación se redujo a 12 ítems clave(4). Cada ítem es una afirmación sobre un comportamiento de autocuidado (ej. “Me peso diariamente”) y el paciente indica su grado de acuerdo en una escala Likert de 5 puntos, desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo” Esta escala ha sido traducida y validada en múltiples idiomas (más de 14 lenguas) y es de libre uso, lo que ha facilitado su adopción global en la evaluación del autocuidado en IC(27)

Versiones de 12 y 9 ítems: Posteriormente, en 2009, la escala fue revisada para optimizar sus propiedades psicométricas. A partir de análisis factoriales y de consistencia interna en una muestra internacional, se depuró a una versión abreviada de 9 ítems (EHFScB-9)(28). La versión original de 12 ítems mostró una fiabilidad aceptable (α de Cronbach $\sim 0,77$) y tras la revisión la versión de 9 ítems alcanzó una consistencia interna ligeramente superior ($\alpha \sim 0,80$)(4,28). Ambos formatos mantienen una estructura unidimensional general del autocuidado, con evidencia de un posible subcomponente relacionado con las conductas de consulta o búsqueda de ayuda ante síntomas (identificado como un subgrupo de ítems con $\alpha = 0,85$ en la EHFScB-9). Es importante señalar que la escala mide un constructo específico de autocuidado en IC, distinto de la calidad de vida o la mera adherencia al tratamiento, dado el bajo grado de correlación que presenta con estas variables ($r = 0,18$ vs calidad de vida; $r = 0,37$ vs adherencia)(28). En la práctica, muchos estudios previos utilizan la versión original de 12 ítems por motivos de comparabilidad, aunque la de 9 ítems ofrece ventajas en homogeneidad y ha sido validada internacionalmente.

2.2.4 DEFICIONES CONCEPTUALES

Existe una gran cantidad de términos que es muy importante lograr definir en base de ellos identificamos los principales (3,7).

Insuficiencia cardíaca (IC): es una patología caracterizado por diversos síntomas y signos conocido como síndrome clínico, el cual se encuentra caracterizado por síntomas y/o signos de congestión e hipoperfusión debidos a una alteración estructural o funcional del corazón; su diagnóstico combina la valoración clínica con evidencia objetiva de disfunción.

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y fenotipos: El ventrículo izquierdo funciona con un mecanismo de bomba eyectando todo el volumen contenido en su telediastole, la relación existente entre el volumen de telediastole y la expulsión de este contenido en la sístole constituye la fracción de eyección.

Estabilidad clínica (estable/descompensada): El estado “ estable” se define como el estado en el cual síntomas y signos se mantienen controlados con el plan terapéutico; el de “descompensación” cuando existe empeoramiento que exige optimizar el tratamiento o llevar a cabo un ingreso hospitalario.

Signos y síntomas cardinales: Conocidos como manifestaciones sintomáticas objetivas y subjetivas que permiten diagnosticar el cuadro, en el caso de la IC, los principales son: Disnea de esfuerzo u ortopnea, fatiga/astenia, edema periférico, aumento de peso por retención hídrica, crepitantes pulmonares e ingurgitación yugular.

Rehospitalizaciones por IC: Es un indicador de descompensación lo cual podría asociarse con un déficit de tratamiento o autocuidados del paciente. Las comparaciones a nivel mundial, las cifras de reingresos oscilan del 13% a 30 días y del 36% en el año tras el alta.

Manejo ambulatorio de la ICC: La variación de la problemática en el cumplimiento del tratamiento, que puede centrarse en las diferentes medidas no farmacológicas (nutrición, el pesaje diario y actividad) y en identificación temprana de signos de alarma. Se recomiendan programas estructurados de educación y monitoreo apoyado por el personal de enfermería para mejor autogestión.

Autocuidado en ICC: La agrupación de acciones cotidianas y decisiones para llevar a cabo una estabilidad y tener una pronta respuesta antes los signos de alarma o signos de descompensación. Su evaluación sistemática forma parte del estándar de atención.

Adherencia farmacológica: Es conocida como el grado en que la persona sigue las prescripción del médico(medicamentos, dosis y horarios). Su evaluación regular se integra a la educación en autocuidado por su relación con síntomas, rehospitalizaciones y supervivencia.

Alfabetización en salud y apoyo del cuidador: La capacidad para comprender y utilizar información sanitaria, junto con un apoyo social efectivo, se asocia con mejor autocuidado y menor carga de síntomas. Su valoración orienta estrategias centradas en la persona.

2.3 MARCO LEGAL

Constitución Política de la República del Ecuador

El estudio se sustentó en el ordenamiento jurídico vigente en el Ecuador. En primer término, la Constitución de la República establecía la salud como un derecho fundamental y de realización interdependiente con otros derechos (agua, alimentación, educación, trabajo, seguridad social y ambientes sanos). Asimismo, dispuso que el Estado garantizara dicho derecho mediante políticas públicas y acceso permanente, oportuno, sin ningún tipo de exclusión en las acciones de promoción y atención integral de salud, con principios de equidad, universalidad, calidad y bioética (art. 32)(29,30).

En concordancia, la Constitución previó atención prioritaria a grupos de atención prioritaria y, específicamente, atención especializada y gratuita en todos los niveles para personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad, de manera oportuna y preferente (art. 50)(30).

En el ámbito de la rectoría y la provisión de servicios, la Carta Magna definió responsabilidades estatales como formular políticas para promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral, universalizar la

atención y fortalecer los servicios públicos, así como asegurar la calidad, el consentimiento informado y la confidencialidad (arts. 362–363)(29).

De forma complementaria, la Ley Orgánica de Salud recogía lineamientos específicos para la acción coordinada del Sistema Nacional de Salud frente a las enfermedades no transmisibles. El artículo 69 dispuso que la atención integral y el control de condiciones crónicas, degenerativas, congénitas, hereditarias y otros problemas declarados prioritarios se realizaran con la participación articulada de todos los integrantes del sistema y de la comunidad, e incluyó componentes de investigación de causas y magnitud, vigilancia epidemiológica, promoción de estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social y cuidados paliativos, con garantía de disponibilidad y acceso a programas y medicamentos, priorizando a grupos vulnerables(30).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Nivel.

El estudio tuvo un alcance descriptivo, dado que se describieron niveles de autocuidado

Métodos

Se aplicaron métodos cuantitativos, con levantamiento de datos primarios mediante encuesta estructurada.

Diseño

Según el tiempo

Fue prospectivo, puesto que la información se recolectó en el periodo 2024-2025 en el flujo habitual de atención.

Según la naturaleza

Correspondió a un corte transversal, al efectuarse una sola medición por participante.

3.1 Población.

La población estudiada estuvo conformada por 186 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca atendidas en la consulta externa el Hospital IESS Ceibos de la ciudad de Guayaquil.

3.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia Cardíaca Crónica
- Pacientes que asisten a controles medico a la consulta cardiológica en hospital IESS ceibos

- Pacientes que acepten ser parte del estudio

Criterios de exclusión

- Pacientes con otras patologías
- Pacientes que no acepten dar su consentimiento
- Pacientes embarazadas

3.3 Procedimientos para la recolección de la información.

Técnica: Encuesta

Instrumento.

Cuestionario de preguntas + Escala europea de conductas de autocuidado en la insuficiencia cardíaca (EHFScB) compuesta de 12 ítems mide las conductas de autocuidado de los pacientes con IC.

3.4 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Los registros se exportaron desde Google Forms a una hoja de cálculo y, posteriormente, a un archivo plano (CSV) (**Anexo 2**) para su depuración. Se construyó un diccionario de variables con nombres, etiquetas, tipos de dato, rangos válidos y reglas de codificación. Tras la limpieza la base se importó a IBM SPSS Statistics para el procesamiento.

3.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.

El protocolo fue revisado y autorizado por el departamento de docencia institucional, conforme a la normativa nacional que regula su aprobación y seguimiento. El tratamiento de datos personales se ajustó a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales del Ecuador.(31,32). Para cumplir con todos los requisitos, se realizaron algunas actividades, tales como:

- Aprobación académica del anteproyecto y aval institucional del hospital sede ante la Dirección de la Carrera de Enfermería.
- Aprobación institucional del hospital IESS Ceibos
- Obtención de consentimiento informado (escrito/electrónico) y aplicación de medidas de anonimato y seguridad de datos según LOPDP

3.6 VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.

VARIABLE GENERAL: Autocuidado de la insuficiencia cardíaca crónica

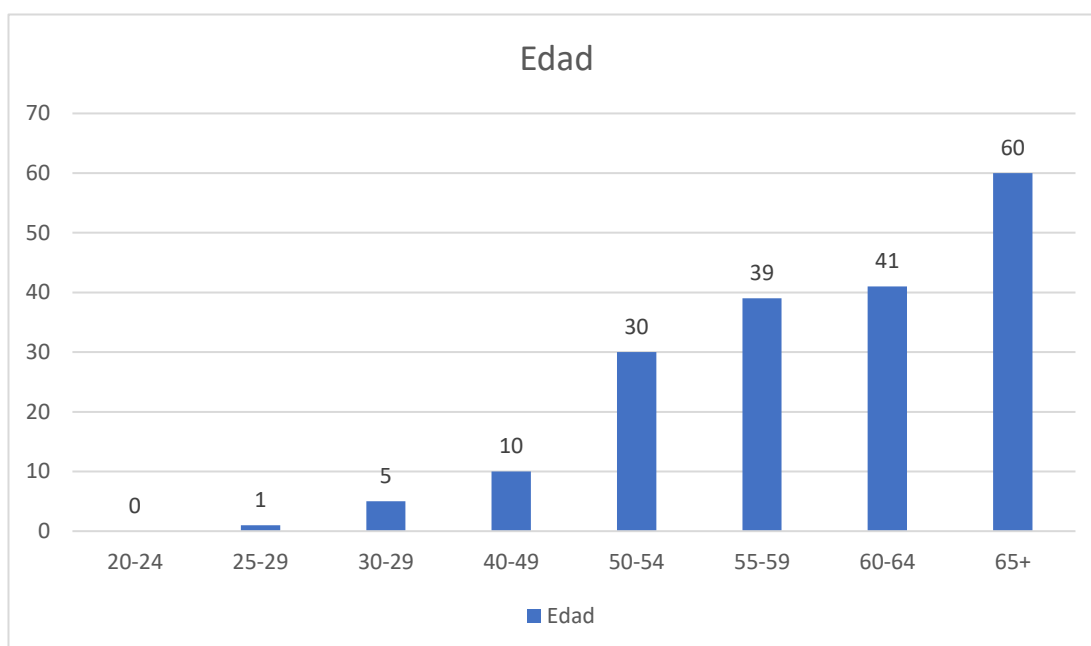
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características sociodemográficas	Edad	20 a 65 años
	Sexo	Masculino Femenino
	Procedencia	Urbana Rural
	Nivel de educación	Ninguna Primaria Secundaria Superior
	Situación laboral	Activo Jubilado Desempleado
	Comorbilidades	HTA Diabetes Cáncer Obesidad
	Etiología/ Causa	Cardiopatías Isquémica Miocardiopatía Cardiopatía Hipertensiva Cardiopatía alcohólica Otras
	Tiempo de seguimiento a los controles médicos	1ra visita 1mes 3meses 6meses 9meses 12meses
Parámetros que miden la conducta de autocuidado de la insuficiencia cardíaca	Medidas de autocuidado	Escala europea de conductas de autocuidado en la insuficiencia cardíaca (EHFScB): Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Casi Nunca 4 Nunca 5
	Autocuidado desde la perspectiva de búsqueda de atención médica ante la aparición de signos de alarma:	
Adherencia al tratamiento farmacológico	Enalapril Carvedilol Furosemida Espiro lactona Losartan Warfarina Digoxina Ácido acetilsalicílico Amiodarona Otros	Si No
	Reconoce la dosis del medicamento para el control de su patología	Nunca Algunas veces Siempre

	Toma sus medicamentos en el horario indicado por el personal de salud	Nunca Algunas veces Siempre

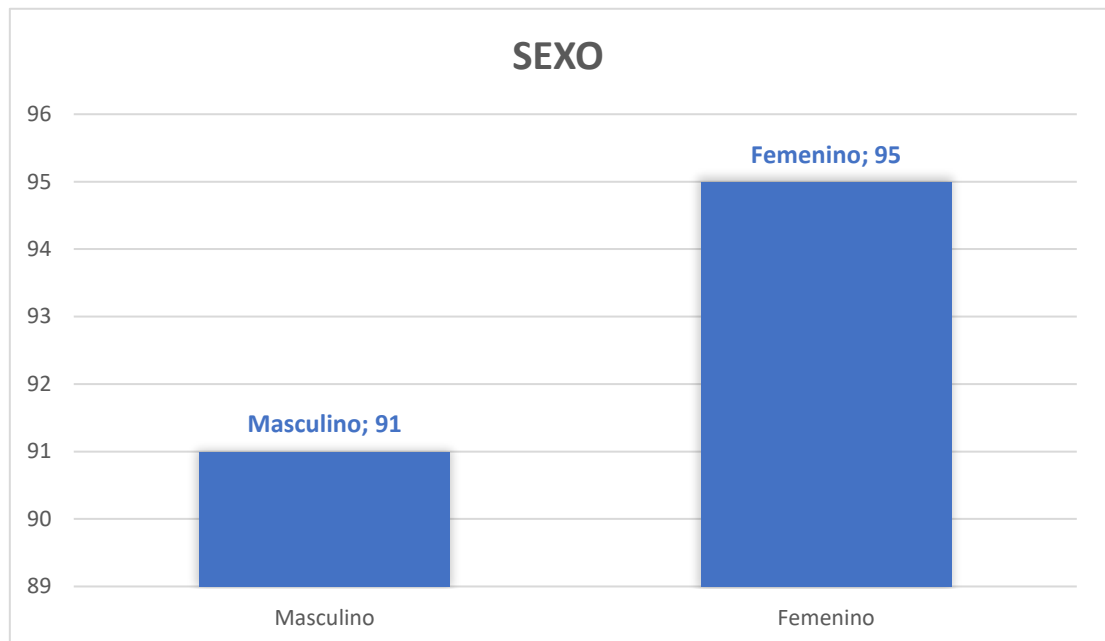
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución por edad (rangos del instrumento)



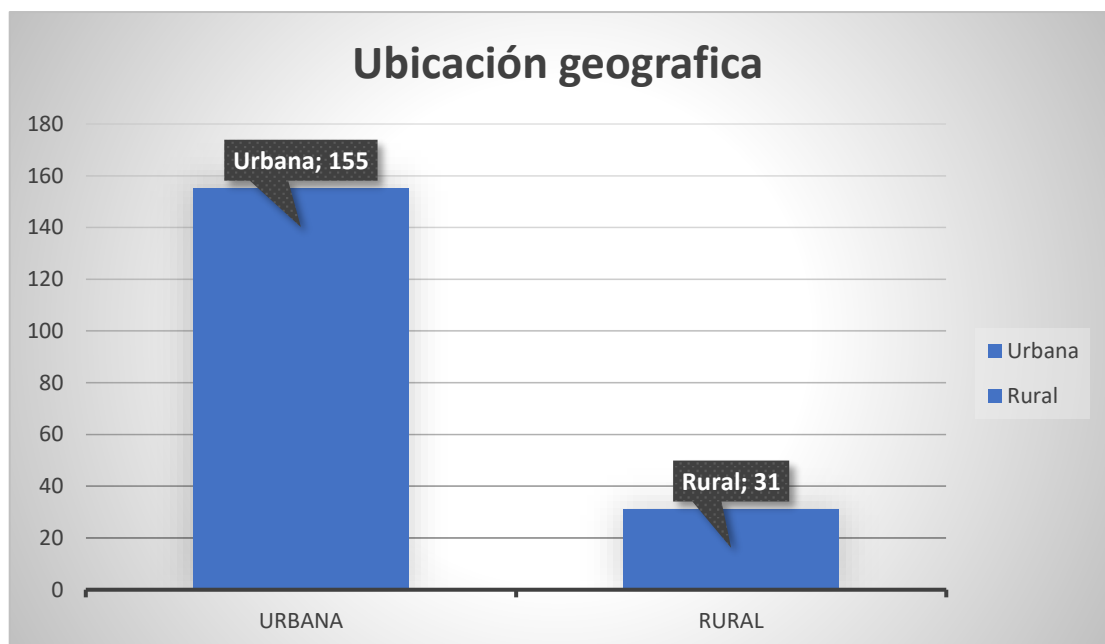
Análisis: El grupo ≥ 65 años concentra el 32 % de la población , debemos destacar que en conjunto, los pacientes mayores de 55 años representan 75,3% de la muestra

Gráfico 2. Distribución por sexo



Análisis: La muestra exhibe **paridad por sexo** (femenino **51,1%**, masculino **48,9%**), lo que reduce la posibilidad de sesgos de estimación por predominio de un sexo y favorece comparaciones internas equilibradas

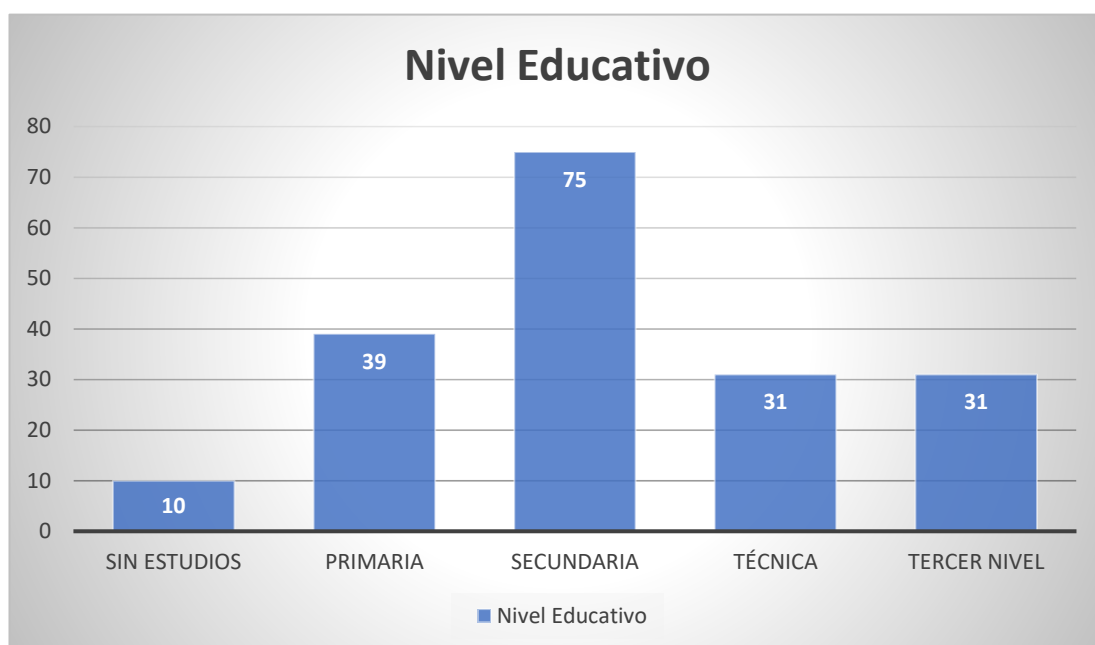
Gráfico 3. Procedencia



Análisis: La procedencia urbana es mayoritaria (83,3%), lo que sugiere que los hallazgos describen principalmente un contexto urbano y que las

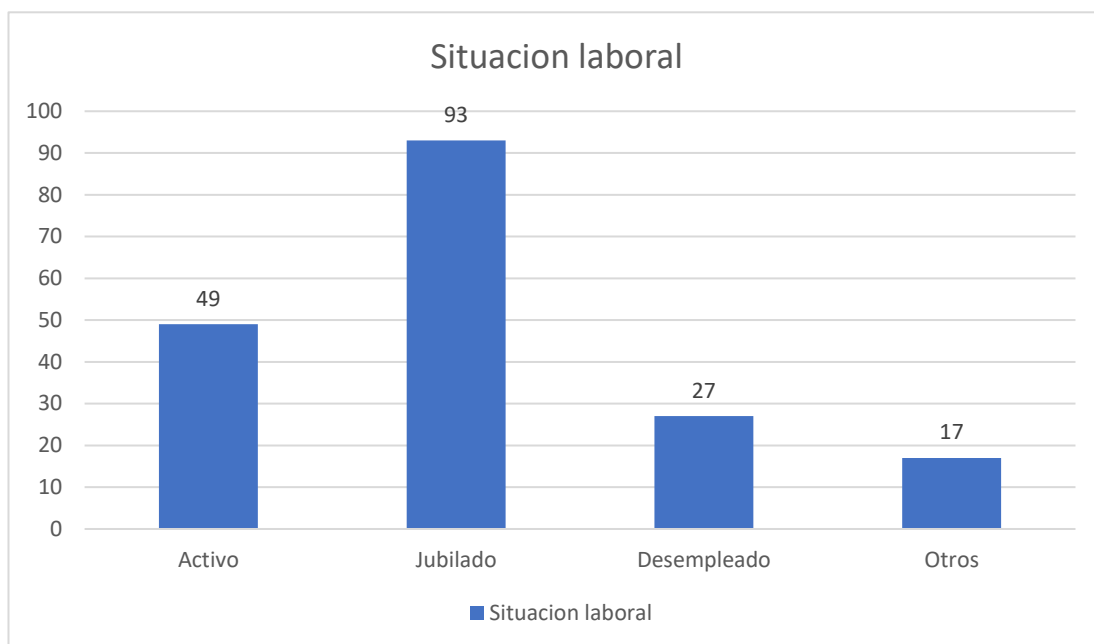
necesidades de autocuidado podrían estar mediadas por acceso a servicios y recursos propios de este entorno. La procedencia rural alcanza 16,7%La procedencia urbana es mayoritaria (83,3%), lo que sugiere que los hallazgos describen principalmente un contexto urbano y que las necesidades de autocuidado podrían estar mediadas por acceso a servicios y recursos propios de este entorno. La procedencia rural alcanza 16,7%

Gráfico 4. Nivel educativo



Análisis: La escolaridad secundaria es la categoría modal (40,3%), con presencia relevante de formación técnica y tercer nivel (ambas 16,7%). Un 5,4% refiere sin estudios. Este perfil educativo sugiere heterogeneidad en alfabetización en salud, con implicaciones para adaptar los contenidos educativos (lenguaje claro, materiales visuales, refuerzo del plan de acción). (n=186; 100,1% por redondeo).

Gráfico 5. Situación laboral



Análisis: Predominan jubilados (50,0%), seguido de activos (26,3%) y desempleados (14,5%). El peso de la jubilación es congruente con la estructura etaria y explica potenciales barreras y facilitadores: mayor disponibilidad de tiempo para el autocuidado, pero también carga de comorbilidad y posible ingreso fijo que condiciona acceso a dieta, transporte y medicamentos. Predominan jubilados (50,0%), seguido de activos (26,3%) y desempleados (14,5%).

Tabla 1. Comorbilidades principales (múltiple, sobre n=186)

Antecedentes patológicos personales	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	144	77%
Diabetes mellitus	89	48%
Cáncer	25	13%
Obesidad	57	31%
Otras patologías	65	35%

Análisis: Se identifica una alta prevalencia de enfermedades cardio metabólicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial. Este patrón, es muy común en IC crónica, lo cual incrementa la complejidad del autocuidado (dieta, ejercicio, monitorización) y refuerza la necesidad de educación y seguimiento continuo.

Tabla 2. Etiología de la insuficiencia cardíaca

Etiología	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cardiopatía isquémica	86	46
Miocardiopatía	38	20
Cardiopatía hipertensiva	45	24
Cardiopatía alcohólica	3	2
Otras	14	8

Análisis: Predomina la cardiopatía isquémica (46%), siendo a su vez la cardiopatía alcohólica la menos frecuente. Este patrón etiológico es coherente con la alta carga de factores ateroscleróticos e hipertensivos de la muestra y anticipa necesidades específicas de autocuidado

Tabla 3. Tiempo de seguimiento

Seguimiento	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1ra visita	48	26
1 mes	28	15
3 meses	36	19
6 meses	32	17
9 meses	20	11
12 meses	22	12

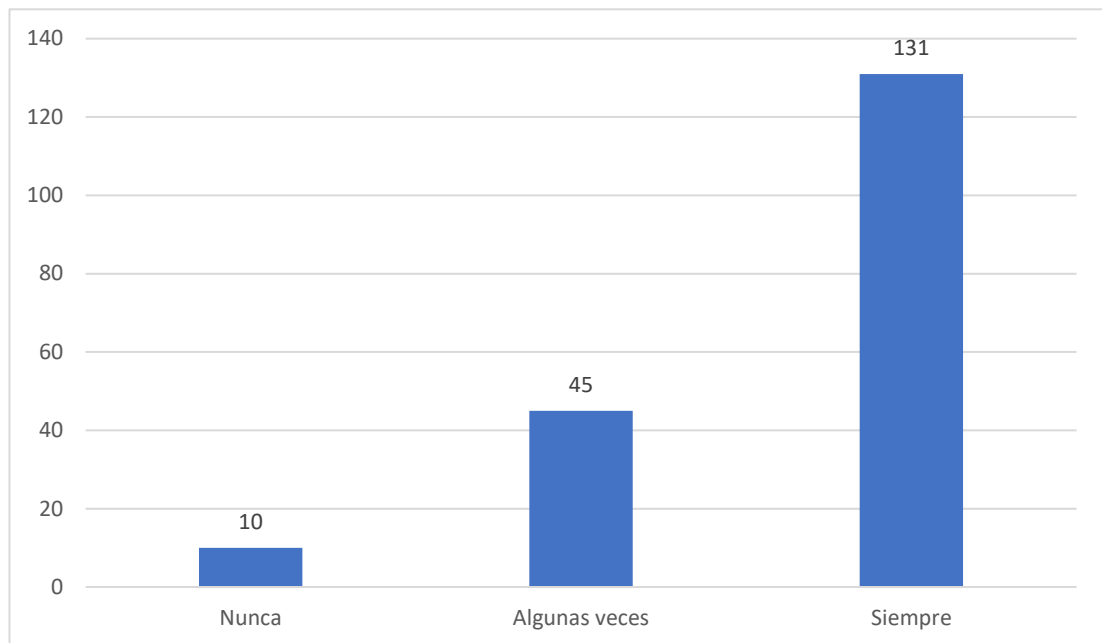
Análisis: La muestra integra primeras visitas (26%) y controles a 3–6 meses (36% sumados), con distribución en 1, 9 y 12 meses. Esta dispersión temporal sugiere un corte transversal con pacientes en distintos momentos del proceso asistencial, útil para identificar brechas de autocuidado tanto en la captación inicial como en el mantenimiento

Tabla 4. Adherencia — Fármaco reconocido

Fármaco	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
ASA	40	22
Carvedilol	32	17
Espironolactona	25	13
Otros	22	12
Enalapril	19	10
Furosemida	17	9
Losartán	14	8
Digoxina	8	4
Warfarina	5	3
Amiodarona	4	2

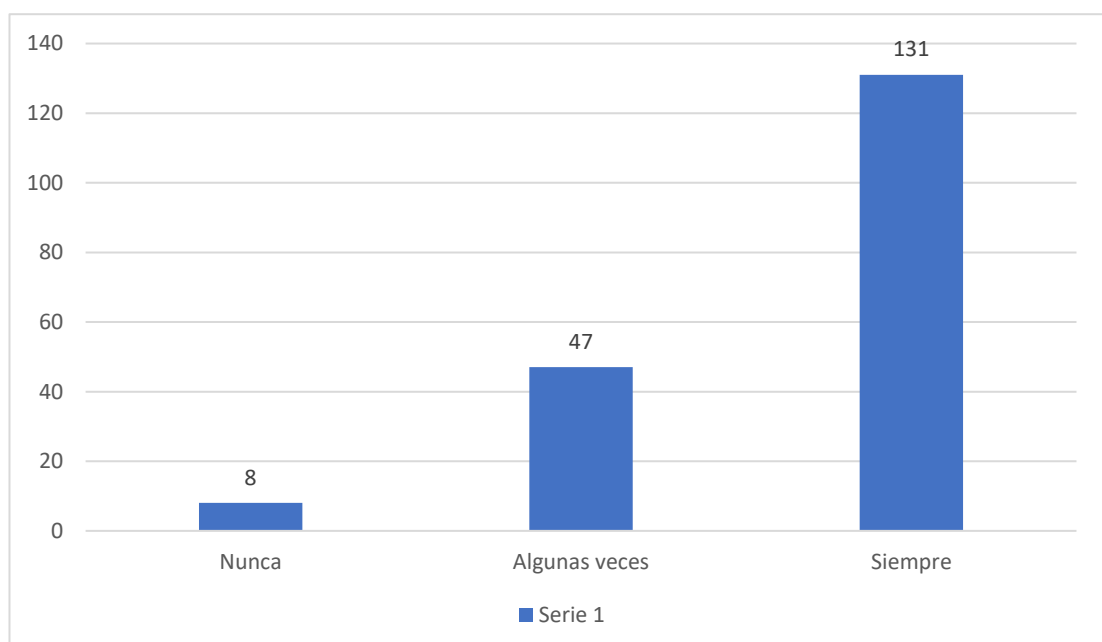
Análisis: Los fármacos más recordados son ácido acetilsalicílico (22%) y carvedilol (17%) siendo el menos frecuente la amiodarona (2,2%). El reconocimiento nominal no garantiza cumplimiento, pero es un primer indicador de alfabetización farmacológica.

Gráfico 6. Adherencia — Reconoce dosis



Análisis: Se identifica una gran predominancia de pacientes con reconocimiento de toma de dosis encontrándose en las categorías de “Siempre” un 70% debemos destacar la relevancia de que casi tres de cada diez pacientes no reconocen la dosis consistentemente, lo que justifica refuerzos educativos y estrategias de simplificación posológica cuando sea clínicamente viable

Gráfico 7. Adherencia — Toma en horario



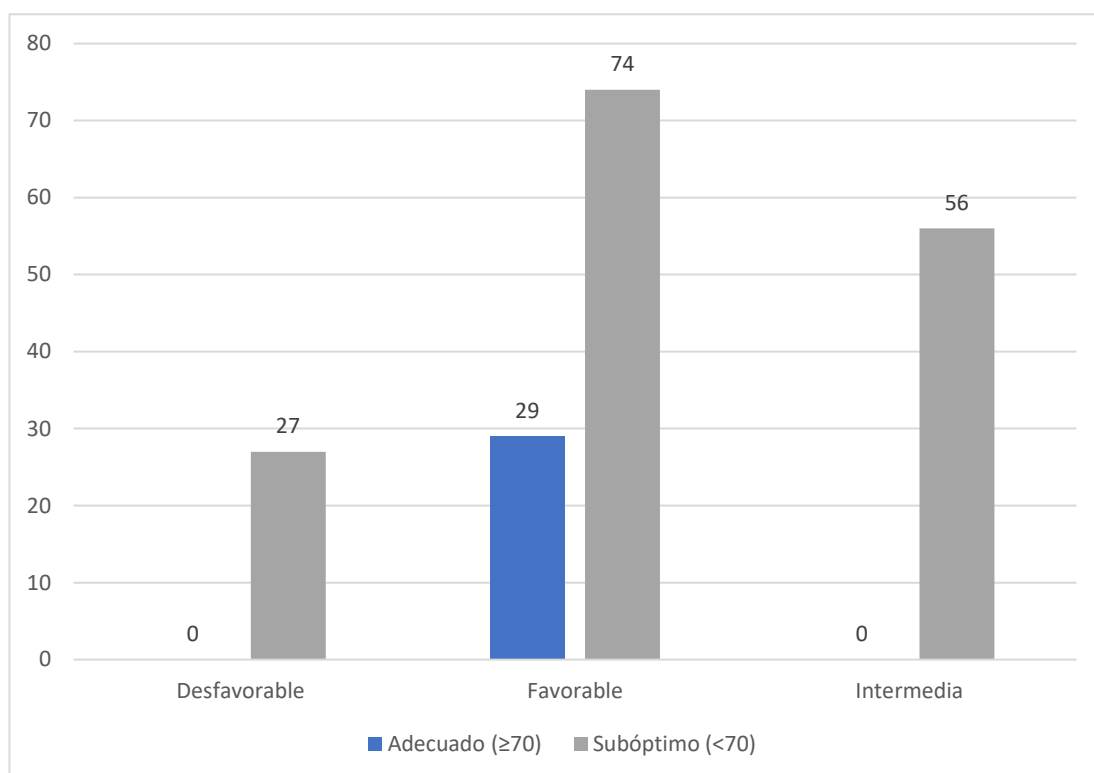
Análisis: El cumplimiento de toma de medicamentos en relación del horario identifica un patrón similar al del reconocimiento de dosis, encontrándose la respuesta de “Siempre” en un 71%. Este hallazgo sugiere hábitos relativamente estables, aunque con un grupo vulnerable aun que requiere intervenciones de recordatorio (alarmas, pastilleros) y acompañamiento familiar/cuidador.

Tabla 5. Resumen de resultado de encuesta

Ítems	1	2	3	4	5
Me peso cada día	43 (23%)	48 (26%)	29 (16%)	28 (15%)	38 (20%)
Descansa si siente ahogo	45 (24%)	54 (29%)	23 (13%)	36 (19%)	28 (15%)
Contacta si aumenta dis-nea	42 (24%)	47 (25%)	38 (20%)	25 (13%)	34 (18%)
Contacta si hay más edema	50 (27%)	44 (24%)	36 (19%)	19 (10%)	37 (20%)
Contacta si aumenta 2 kg/semana	51 (27%)	39 (22%)	33 (18%)	25 (13%)	38 (20%)
Limita ingesta de líquidos	37 (20%)	47 (24%)	29 (16%)	31 (17%)	42 (23%)
EHF_07. Realiza reposo durante el día	40 (21%)	50 (27%)	33 (18%)	24 (13%)	39 (21%)
Contacta si aumenta la fatiga	51 (27%)	42 (23%)	33 (18%)	23 (12%)	37 (20%)
Mantiene dieta baja en sal	45 (24%)	44 (24%)	37 (20%)	21 (11%)	39 (21%)
Toma medicación según indicación	42 (23%)	41 (22%)	38 (20%)	23 (12%)	42 (23%)
Recibe vacuna influenza anual	36 (19%)	48 (26%)	38 (20%)	25 (13%)	39 (22%)
Realiza ejercicio regularmente	39 (21%)	42 (23%)	36 (19%)	30 (16%)	39 (21%)

Análisis: Las conductas de mantenimiento muestran menor proporción, se destaca que al menos un 44% realiza ejercicio regularmente y toma medicación según indicación respectivamente. Este patrón sugiere fortalezas en búsqueda de ayuda.

Gráfico 8. Identificación del estado de autocuidado según escala EHFSdB-12



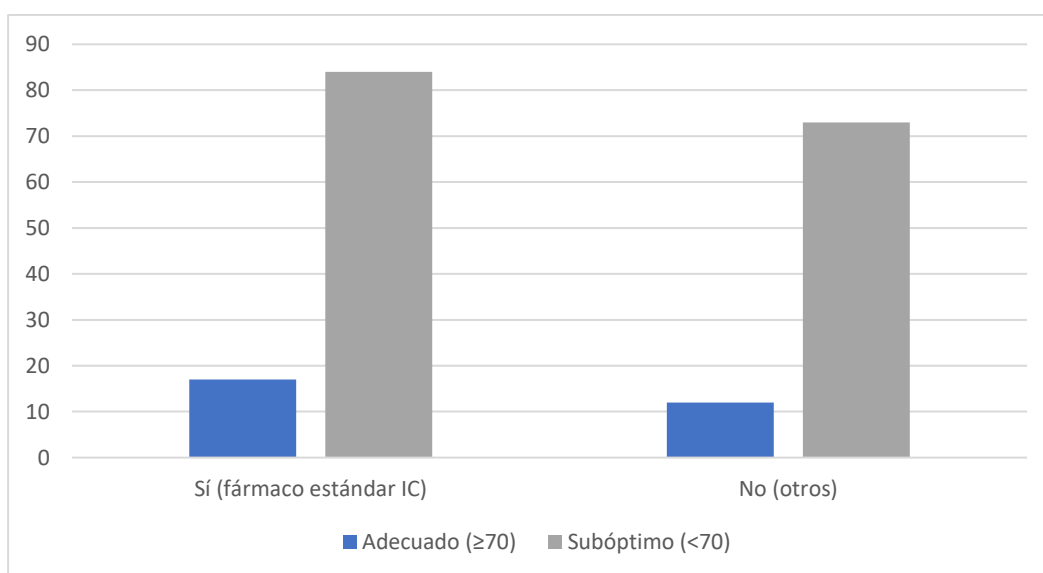
Análisis: Se identificó que el 100,0% del grupo con identificación de la escala como adecuado (≥ 70) presentó un perfil favorable en el dominio de mantenimiento, sin presencia de patrones intermedios ni desfavorables. En contraste, dentro del subóptimo (< 70) se encontraron perfiles favorables (47%), intermedios (36%) y desfavorables (17%).

Tabla 7. Búsqueda de atención (por persona) de escala

búsqueda de atención	Adecuado (≥ 70)	Subóptimo (< 70)
Desfavorable	1 (4%)	28 (18%)
Favorable	25 (86%)	83 (53%)
Intermedia	3 (10%)	46 (29%)

Análisis: Se logro encontrar una adecuada búsqueda de atención representando el 86% en la categoría favorable, con asistencias menores de (10%). El reconocimiento de los múltiples signos de alarma y la consulta precoz mantienen una similitud con el desempeño global.

Gráfico 9. Reconoce el nombre del fármaco de escala EHFS_cB-12



Análisis: El reconocimiento de fármacos estándar para IC fue ligeramente mayor en el grupo adecuado (58,6%) respecto del subóptimo (53,5%). Aun cuando la diferencia es modesta, la tendencia favorece a quienes alcanzan mejores puntajes de autocuidado. La proporción “no estándar/otros” fue más

alta en el grupo subóptimo (46,5%), lo que sugiere variabilidad en el conocimiento farmacológico operativo.

Tabla 8. Reconoce dosis de medicamento de escala EHFScB-12

Reconocimiento de dosis	Adecuado (≥ 70)	Subóptimo (< 70)
Siempre	23 (79%)	108 (69%)
Algunas veces	6 (21%)	42 (27%)
Nunca	0 (0.0%)	7 (4%)

Análisis: El reconocimiento de “siempre” tomar sus dosis predominó en paciente con resultado de escala adecuado en un 79% y, en menor magnitud, en subóptimo en un 69%); las categorías “Algunas veces” y “Nunca” fueron más frecuentes en el grupo subóptimo (27% y 5%, respectivamente).

Tabla 9. EHFScB-12 — Estadísticos del puntaje total e índice

Medida	Valor
Media 12/60	34.0
Desviación estándar 12/60	13.3
Media 0/100	54.2
Desviación estándar 0/100	27.7

Análisis: El análisis de medidas de tendencia central de la escala valorado en dos patrones de escala 12–60 o índice 0-100 encontró que en la categoría de 12-60 fue 34,0 con una desviación estándar de 13,3, en el otro grupo de 0-100 la media fue de 54,2 con una desviación de 27,7. Estos valores se interpretan como autocuidado global moderado, con amplia dispersión, lo que evidencia heterogeneidad de conductas entre pacientes y justifica intervenciones personalizadas y escalonadas

Tabla 10. EHFScB-12 según el índice de categorías 0–100

Categoría índice	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Adecuado (mayor a 70)	59	32
Subóptimo (menor a 70)	127	68

Análisis: En relación de la valoración por índice de categorías un 32% alcanzó autocuidado adecuado (≥ 70), mientras que el 69% permaneció en nivel subóptimo (< 70). Así, dos de cada tres pacientes requieren refuerzo de medidas de autocuidado o de educación en salud, además de medidas para sostener la adherencia en el tiempo.

DISCUSIÓN

La población estudiada ($n=186$) tuvo un gran predominio en la edad ≥ 65 años (32,3%) y la distribución por sexo fue equilibrada (51,1% mujeres). Existe un gran predominio de la morbilidad (HTA 77,4%; DM 47,8%) indicando un porcentaje del (46,2%) de la etiología isquémica y un (24,2%) hipertensiva (Tablas 1–7).

Taraqués y Cols, menciona un patrón de las personas con edad media 62 ± 12 años, prevalecen mujeres con presencia de 2 comorbilidades en cerca de tres cuartas partes de los pacientes, con múltiples déficits en conductas de autocuidado

Siendo este un conjunto de perfiles que refuerza la convivencia de las intervenciones de enfermería con el fin de mejorar mediante la educación y la recomendación de las guías 2021/actualización 2023 y AHA/ACC/HFSA 2022, partiendo desde los déficits del presente estudio. Este perfil es descrito por Tarapues y cols, quienes encontraron alta similitud a medicación y restricciones al consumo de la sal poniendo límites ante los signos.

Así mismo encontramos evidencias internacionales que confirman deficiencia persistente con la conducta de buscar ayuda y asociación a patologías. Las cifras de medias de tendencia central y de dispersión de la escala (EHFScB-12) fue $34,0 \pm 13,3$ (rango 12–60) y el índice 0–100 alcanzó $54,2 \pm 27,7$; el 31,7% de los afectados fue mayor superó al límite de autocuidado idóneo (≥ 70) (Tablas 13–14). Estas dimensiones recomiendan autocuidado global moderado-bajo con respecto a lo observado en unidades que se especializan en la terna. En la unidad española estudiada por González y cols. ($n=335$), la media fue $24,2 \pm 7,7$ (menor=mejor) y tuvo una mejoría significativa con mejor tiempo de monitoreo; en Brasil y otros entornos, las adaptaciones y validaciones de la escala han vislumbrado firmeza interna y valores medios concordantes con mejores desempeños cuando existe educación sistemática. Además, el uso del índice 0–100 y del umbral ≥ 70 está respaldado por trabajos psicométricos y aplicaciones contemporáneas, incluyendo la evaluación en versión hebrea con mejoras relevantes tras intervenciones de enfermería.

La población que refirió tomar “Siempre” para reconocer la dosis y la toma en el mismo horario alcanzó 70,4% en ambos casos (Tablas 10–11). En la validación estadounidense de la EHFScB-9 se describió que el ítem de medicación es el de mayor facilidad y menor discriminación, por lo que el autorreporte puede sobreestimar la adherencia.

La categoría “Siempre” para reconocer dosis y tomar en horario alcanzó 70,4% en ambos casos (Tablas 10–11). En la validación estadounidense de la EHFScB-9 se describió que el ítem de medicación es el de mayor facilidad y menor discriminación, por lo que el autorreporte puede sobreestimar la adherencia. La menor cobertura de vacuna antigripal en los ítems de la EHFScB contrasta con la recomendación de la guía AHA/ACC/HFSA 2022 de promover la vacunación en IC como medida razonable para reducir eventos, aspecto de abordaje prioritario por enfermería en el seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES

El perfil sociodemográfico y clínico de la cohorte ambulatoria (n=186) se caracteriza por edades medias-avanzadas, alta procedencia urbana (83,3%) y escolaridad secundaria (40,3%), con multimorbilidad marcada y etiología predominantemente isquémica (46,2%). Este patrón se alinea con series regionales: en un estudio ecuatoriano en consulta externa se observó mayoría de mujeres, edad media cercana a la sexta década y elevada coexistencia de HTA/DM; asimismo, en atención primaria chilena la aplicación de HFA-PEFF mostró una fracción sustantiva de IC con fracción de eyección preservada y peor supervivencia a 36 meses, lo cual destaca la necesidad realizar otros estudios de mayor alcance, como estudios longitudinales centrados en educación y autocuidado. Las guías AHA/ACC/HFSA 2022 y ESC 2021 defiende la orientación que conforma el manejo ambulatorio

El análisis del cuidado personal en la escala analizada identifica un puntaje fue 34,0 (Desviación estándar 13,3), equivalente a un índice 0–100 de 54,2 (Desviación estándar 27,7). El desempeño puede considerarse moderado-bajo frente a estudios realizados en otros centros hospitalarios de tercer nivel; por ejemplo, en una unidad española se informó una media de 24,2 (desviación estándar 7,7) en la métrica original, con progresos significativos a medida que aumentó el tiempo de seguimiento.

RECOMENDACIONES

Los datos obtenidos dieron apertura a recomendaciones tales como:

- Formular estrategias de protección y cuidado en poblaciones de riesgo en los pacientes de edad avanzada. Lo cual sugiere priorizar intervenciones comunitarias y familiares (educación al cuidador o familiar, resolución de barreras en el hogar) para los grupos de mayor riesgo identificados, integrando metas de conducta simples (peso diario, control de sal y líquidos, señales de alarma) y un plan de acción sin tecnicismo y de fácil entendimiento.
- La sugerencia de un calendario de controles médicos con periodos de tiempos de 0, 3, 6 y 12 meses con: medición seriada del EHFS_{CB}-12 estandarizado, revisión continua de la adherencia (conciliación, pastilleros/recordatorios), rutina de ejercicio y mejor control dietético con retroalimentación y un plan de acción en caso de descompensación. El uso periódico de métricas de autocuidado y educación repetida está respaldado por consensos y revisiones de autocuidado en IC.
- Estimular la automonitoreo y establecer controles para registro de peso (alerta por +2 kg/semana), control de síntomas/edemas y contacto precoz; además, asegurar oferta y registro de vacuna antigripal/neumococo durante los estos controles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foroutan F, Rayner DG, Ross HJ, Ehler T, Srivastava A, Shin S, et al. Global Comparison of Readmission Rates for Patients With Heart Failure. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2023 Aug 1 [cited 2025 Aug 29];82(5):430–44. Available from: [/doi/pdf/10.1016/j.jacc.2023.05.040?download=true](https://doi/pdf/10.1016/j.jacc.2023.05.040?download=true)
2. Shahim B, Kapelios CJ, Savarese G, Lund LH. Global Public Health Burden of Heart Failure: An Updated Review. *Card Fail Rev* [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 29];9:e11. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10398425/>
3. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* [Internet]. 2022 May 3 [cited 2025 Aug 29];145(18):E895–1032. Available from: [/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000001063?download=true](https://doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000001063?download=true)
4. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2003 Jun 1 [cited 2025 Aug 29];5(3):363–70. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/S1388-9842%2802%2900253-2?utm_source=chatgpt.com
5. Köberich S, Kato NP, Kugler C, Strömberg A, Jaarsma T. Methodological quality of studies assessing validity and reliability of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: a systematic review using the COSMIN methodology. *European Journal of Cardiovascular*

- Nursing [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2025 Aug 29];20(5):501–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33864066/>
6. Hellqvist C. Promoting Self-Care in Nursing Encounters with Persons Affected by Long-Term Conditions—A Proposed Model to Guide Clinical Care. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2025 Aug 29];18(5):2223. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7956321/>
 7. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2025 Aug 29];24(1):4–131. Available from: [/doi/pdf/10.1002/ejhf.2333](https://doi/pdf/10.1002/ejhf.2333)
 8. FUNDACIÓN SILENCIO (FUNDASIL). Manual de Autocuidado. 2021.
 9. Tarapués M, Albán M, Arévalo M, Paredes J. Conductas de autocuidado en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca crónica. *Rev Med Vozandes*. 2020;29:67–72.
 10. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2025 Aug 29];118(17):3272–87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35150240/>
 11. Ortiz-Prado E, Izquierdo-Condoy JS, Fernández-Naranjo R, Vásconez-González J, Cano L, González AC, et al. Epidemiological characterization of ischemic heart disease at different altitudes: A nationwide population-based analysis from 2011 to 2021 in Ecuador. *PLoS One* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Aug 29];18(12 December). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38157383/>

12. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2023 Oct 1;44(37):3627–39.
13. Supriya S. American College of Cardiology. 2021 [cited 2025 Aug 29]. 2021 ESC Guidelines for Acute and Chronic Heart Failure: Key Points - American College of Cardiology. Available from: https://www.acc.org/Latest-in-Cardiology/ten-points-to-remember/2021/08/29/18/05/2021-ESC-Guidelines-for-HF-ESC-2021?utm_source=chatgpt.com
14. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2024 [cited 2025 Aug 31]. Autocuidado para la salud y el bienestar. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>
15. Durante A, De Maria M, Boyne J, Jaarsma T, Juarez-Vela R, Strömberg A, et al. Development and psychometric testing of the European Heart Failure Self-Care behaviour scale caregiver version (EHFScB-C). *Patient Educ Couns* [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2025 Aug 29];104(8):2106–11. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399121000409?utm_source=chatgpt.com
16. World Health Organization (WHO). World Health Organization (WHO). 2024 [cited 2025 Aug 29]. Self-care for health and well-being. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions?utm_source=chatgpt.com
17. Palma G, Verdugo F, Saldias N, Morales C, Henriquez G, Palma G, et al. Prevalencia, caracterización y pronóstico de pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca en atención primaria de salud en Chile. *Revista*

- chilena de cardiología [Internet]. 2024 Apr [cited 2025 Sep 2];43(1):9–21. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602024000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. González B, Lupón Rosés J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2006 [cited 2025 Aug 31];59(2):166–70. Available from: <https://portalrecerca.uab.cat/en/publications/aplicaci%C3%B3n-de-la-escala-europea-de-autocuidado-en-insuficiencia-c>
 19. Feijó MK, Ávila CW, de Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Adaptación transcultural y validación de la European Heart Failure Self-care Behavior Scale para el Portugués de Brasil. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2012 Sep [cited 2025 Aug 31];20(5):988–96. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3bkwzxRfKFbBwcGww57xx5G/?lang=es>
 20. Ben Gal T, Kato NP, Yaari V, Avraham B, Klompstra L, Strömberg A, et al. Psychometric Testing of the Hebrew Version of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. Heart Lung Circ [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2025 Aug 31];29(7):e121–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31862228/>
 21. Son YJ, Won MH. Psychometric Validation of the Korean Version of the 9-Item European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. Eval Health Prof [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2025 Aug 31];43(1):33–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30541358/>
 22. Barriga-Azócar MA, Bohme-Lepe IA, Salamanca-Valencia DA, Villarroel-Canales AV, Vera-Calzaretta A, Barriga-Azócar MA, et al. Relación entre alfabetización en salud y autocuidado en estudiantes de enfermería en Concepción, Chile. Ene [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 31];18(1). Available from:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2024000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

23. Garza-Sánchez RI, González-Tovar J, Hernandez-Montaña A, Granados-Udave G de J. Agency for self-care of health in university students: characteristics and differences. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*. 2025 Jul 5;7(13):7–14.
24. Lazcano Ponce E. Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2020 [cited 2025 Aug 31];62(3):331–9. Available from: <https://doi.org/10.21149/11408>
25. Colorado Cardona MC, Corredor Herrera D. Intervenciones de enfermería en insuficiencia cardíaca desde la perspectiva de la teoría de los síntomas desagradables [Internet]. Universidad Libre; 2025 [cited 2025 Sep 3]. Available from: <https://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/31645>
26. Cañon-Montañez W, Duque-Cartagena T, Rodríguez-Acelas AL. Effect of Educational Interventions to Reduce Readmissions due to Heart Failure Decompensation in Adults: a Systematic Review and Meta-analysis. *Invest Educ Enferm*. 2021;39(2).
27. Strömberg. Anna, Jaarsma T, Martensson J. Vol. 78, Linköping University. Taylor and Francis Ltd.; 2019. p. 1 European Heart Failure Self-care Behaviour Scale.
28. Jaarsma T, Årestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): A reliable and valid international instrument. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2009 Jan [cited 2025 Aug 29];11(1):99–105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19147463/>
29. Asamblea Nacional del Ecuador. Registro Oficial No. 449 , 20 de Octubre 2008. Constitución de la república del Ecuador 2015.

30. Registro Oficial Suplemento 423. Ley Orgánica de Salud [Internet]. Constitución de la república del Ecuador 2006. Available from: www.lexis.com.ec
31. International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). 2016 [cited 2025 Aug 29]; Available from: www.cioms.ch,
32. World Medical Association. World Medical Association. 2025 [cited 2025 Aug 29]. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants – WMA – The World Medical Association. Available from: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/?utm_source=chatgpt.com

Anexos

Anexo 1. Evidencia fotográfica de realización de encuesta



Anexo 2. Autorización de la Carrera de Enfermería



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

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

Guayaquil, 20/febrero/2025

Srtas.:

Largo Zea Katherine Lisseth
Arias Suárez Susan Ariana
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez comunico a ustedes que su tema presentado: "Autocuidado de la insuficiencia cardíaca crónica en los pacientes que asisten a cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025."; ha sido aprobado por Dirección y Comisión Académica de la Carrera, y su tutor asignado es el Dr. Luis Oviedo Pilataxi.

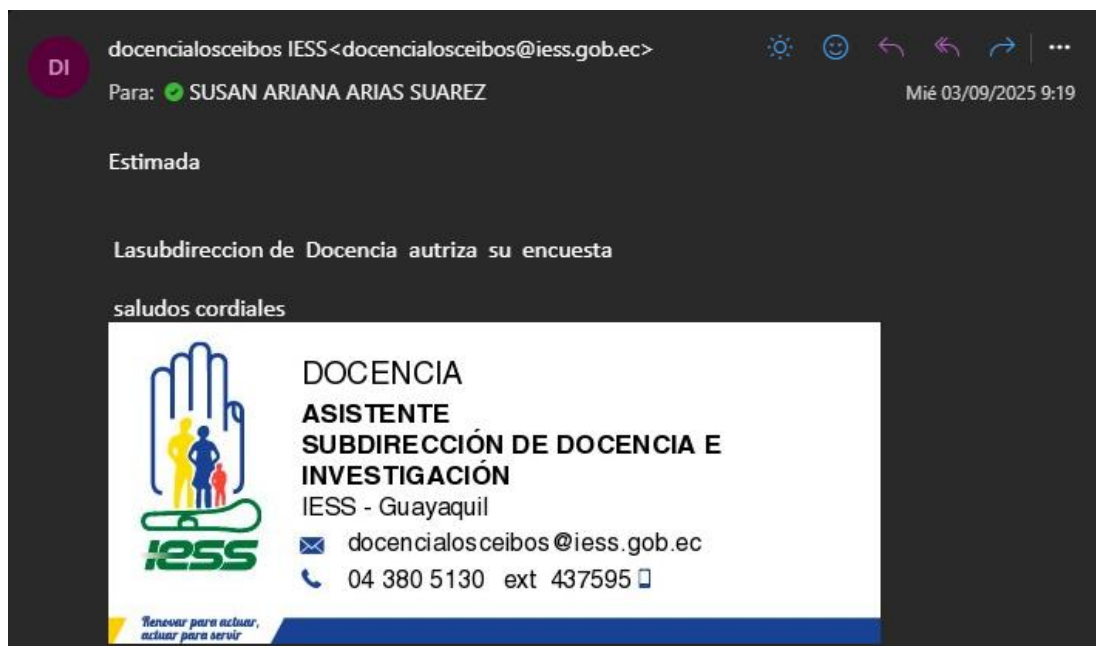
Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lcda. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Cc: Archivo

Anexo 3. Autorización de prácticas de recolección de datos





DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **LARGO ZEA, KATHERINE LISSETH** con C.C: # **0940348550**, autora del trabajo de titulación: **AUTOCUIDADO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DEL IESS LOS CEIBOS, AÑO 2024 – 2025** previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA** 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, **01 de septiembre** del 2025

Katy Largo

f. _____

Nombre: **LARGO ZEA, KATHERINE LISSETH**

C.C: **0940348550**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **ARIAS SÚAREZ, SUSAN ARIANA** con C.C: # **095468883** autora del trabajo de titulación: **AUTOCUIDADO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DEL IESS LOS CEIBOS, AÑO 2024 – 2025** previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA** 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, **01 de septiembre** del 2025



f. _____

Nombre: **ARIAS SÚAREZ, SUSAN ARIANA**

C.C: **095468883**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Autocuidado de la insuficiencia cardíaca crónica en los pacientes que asisten a cardiología en el Hospital del IESS los ceibos, año 2024 – 2025		
AUTOR(ES)	Arias Suárez, Susan Ariana; Largo Zea, Katherine Lisseth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Oviedo Pilataxi, Luis Alberto		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciatura en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de 09 de 2025	No. DE PÁGINAS:	44
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública, Enfermería, Cardiología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Autocuidado; Insuficiencia Cardíaca; Educación del Paciente; Adherencia de la Medicación; Atención Ambulatoria		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) exige integrar educación y autocuidado al manejo clínico. La European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScB-12) permite objetivar conductas de mantenimiento y de respuesta ante descompensación. Objetivo: Determinar el nivel de autocuidado en pacientes con IC crónica atendidos en la consulta de Cardiología del Hospital IESS Los Ceibos (2024–2025) y describir su variación según perfil sociodemográfico, clínico y adherencia. Metodología: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, aplicando una encuesta estructurada a 186 personas. Resultados: Predominaron edades mayores a 50 años; el 83% residía en área urbana y el 41% culminó secundaria. La multimorbilidad fue elevada predominando la hipertensión 77%, diabetes 47,8%, La adherencia a la medicación mostró alto desempeño (reconocer dosis “siempre”: 70,4%; tomar en horario “siempre”: 71%). El autocuidado presentó una media 54,2 (DE 27,7), con 32% en nivel adecuado (≥ 70). Conclusión: El autocuidado en nuestra población fue bajo (68%), con problemas en la vigilancia de síntomas, ejercicio regular y vacunación; se recomienda institucionalizar la educación con verificación de la comprensión y planes de acción escritos, además de seguimiento programado para reforzar conductas prioritarias			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 987608346 +593 991588031	E-mail: aarias.s1799@gmail.com lisslargozea@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Martha Lorena Holguín Jiménez Teléfono: +593-993142597 E-mail: martha.holquin01@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):			