



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA D E MEDICINA**

TEMA:

**INCIDENCIA DE INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL
PACIENTE CON MIOCARDIOPATIA DILATADA Y DISFUNCION
VENTRICULAR SEVERA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DOCENTE
“DR. ABEL GILBERT PONTON”**

AUTORA:

Tovar Pichama Carla María

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
MEDICO**

TUTOR:

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño

Guayaquil, Ecuador

2016



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Carla María Tovar Pichama** como requerimiento parcial para la obtención del Título de Médico.

TUTOR (A)

OPONENTE

Dr. Diego Vásquez Cedeño

DECANO

COORDINADOR(A) DE ÁREA
/DOCENTE DE LA CARRERA

Dr. Gustavo Ramírez Amat

Dr. Diego Vásquez Cedeño

Guayaquil, a los 27 días del mes de abril del año 2016



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Carla María Tovar Pichama

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: *Incidencia de internaciones por insuficiencia cardíaca en el paciente con miocardiopatía dilatada y disfunción ventricular severa Hospital de Especialidades Docente "Dr. Abel Gilbert Pontón"*, previo a la obtención del Título de Médico ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 27 días del mes de Abril del año 2016

EL AUTORA

Carla María Tovar Pichama



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Carla María Tovar Pichama**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: *Incidencia de internaciones por insuficiencia cardíaca en el paciente con miocardiopatía dilatada y disfunción ventricular severa Hospital de Especialidades Docente "Dr. Abel Gilbert Pontón"* cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 27 días del mes de abril del año 2016

LA AUTORA:

Carla María Tovar Pichama

AGRADECIMIENTO

Ishamkaip Kakaram Ajasta!
Aishman, nua, iruntrar, íi chichame menkakain tusar ikiakaki wena.

Quiero agradecer con todo el corazón: “la oportunidad”, soy una mujer creyente, creyente que el amor todo lo puede y que con amor todo se logra, porque muchas veces la capacidad se ve mermada a falta de oportunidad.

En mi paso por cumplir mi sueño, el de mi familia y mi comunidad, me encontré con personas maravillosas, que su energía sumaron a la mía y su luz nunca permitió que la mía se apague, en momentos que necesite de una mano amiga o de orientación siempre tuve cerca a alguien.

Un eterno agradecimiento a mí querida Facultad (FCM/UCSG), a mis autoridades, docentes, maestros y amigos, a todos ustedes porque supieron respetar y soportar las diferencias culturales e ideológicas de mí ser, a pesar de no entenderlas. Cada uno de Uds. tiene un lugar ganado en mi corazón y ha marcado especialmente un espacio en mi vida y el inicio de mi carrera.

Especialmente quiero agradecer a todo el personal del Instituto de Biomedicina, pero sobre todo: al **Dr. Francisco Obando Freire** y al **Dr. Luis Gómez Macías**, gracias por creer en mí, por enseñarme, corregirme y alentarme, demostrándome que solo con la constancia y la debida preparación se puede asegurar el éxito.

Carla María Tovar Pichama

Nantu!

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo quiero dedicar a mi Familia: Dr. Carlos Wilson Tovar Páez, Sra. Rosana Isabel Pichama Atzuchi a mis hermanos y sus familias: José, Marianela, Erick, Fabián, Rosita, Raquel, Carlos, a mis 2 abuelitos paternos (Carlos y Raquel) y a mi abuelito materno su amor y su apellido hoy lo llevo con fuerza, dedicado a su presencia en silencio, recuerden ha sido difícil, el tiempo largo, pero al fin lo estamos logrando y parte del camino ya está trazado siendo tiempo para regresar a casa.

Carla María Tovar Pichama

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. Diego Vásquez Cedeño

TUTOR

Dr. Gustavo Ramírez Amat

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. Diego Vásquez Cedeño

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE



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

CALIFICACIÓN

TUTOR

Dr. Juan Aguirre Martínez
DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

DR. Diego Vásquez Cedeño
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	pag.
CERTIFICACION	
DECLARACION DE RESPONSABILIDAD	
AUTORIZACION	
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACION	VII
CALIFICACION	VIII
INDICE GENERAL	IX
INDICE TABLAS	XI
INDICE GRAFICOS	XII
INDICE ANEXOS	XIII
RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO 1

MARCO TEORICO	3
1.1 INSUFICIENCIA CARDIACA	3
1.2 MIOCARDIOPATIA DILATADA ISQUEMICO NECROTICO	8
1.3 MIOCARDIOPATIA NO ISQUEMICO	9
1.4 FRACCION DE EYECCION	9
1.5 REFERENTES EMPIRICOS	9

CAPÍTULO 2

MATERIALES Y METODOS

2.1 DISEÑO	11
2.2 POBLACION	11
2.3 VARIABLES	12
2.4 INSTRUMENTOS	12
2.5 GESTOR DE DATOS	12
2.6 CRITERIOS ETICOS	13

CAPÍTULO 3

RESULTADOS	14
DISCUSION	20
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	24

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla # I Fisiopatología de la IC	4
Tabla # II Principales factores de riesgo de la IC	5
Tabla # III Etiología de la Insuficiencia Cardíaca	5
Tabla # IV Estadios de la IC, según la ACC/AHA y la Clasificación funcional según la NYHA	6
Tabla #V Disfunción diastólica y sistólica	7
Tabla # VI. Incidencia de ingresos por insuficiencia cardíaca HAGP 2013-2014	14
Tabla VIII. Grupo etario pacientes con IC atendidos en el HAGP 2013-2014.	16

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico #1 fisiopatología de la IC	3
Gráfico # 2. Incidencia de ingresos por insuficiencia cardiaca HAGP 2013-2014.	14
Gráfico # 3. Tiempo de internación y correlación global.	15
Gráfico # 4. Grupo etario pacientes con Insuficiencia cardiaca HAGP 2013-2014	16
Gráfico # 5. Distribución por género de pacientes con IC HAGP 2013-2014.	17
Gráfico # 6. Características basales de pacientes con IC, Y FEV deprimida HAGP 2013- 2014.	17
Gráfico # 7. Mortalidad de pacientes con IC en el HAGP 2013-2014	18

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Solicitud de autorización para recabar información.	25
ANEXO 2. Solicitud de acceso y uso de información de la base de datos del servicio de cardiología HAGP. Con copia al comité de Ética e investigación.	26
ANEXO 3. Solicitud de las Historias clínicas la departamento de Docencia e Investigación.	27
ANEXO 4. Orden de entrega de Historias clínicas y uso de información.	28
Anexo 5. Base de datos pacientes con miocardiopatía dilatada isquémico necrótica con fracción de eyección deprimida.	29
Anexo 6. Base de datos pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémico con fracción de eyección deprimida.	30

RESUMEN

Introducción. La insuficiencia cardiaca (IC) a nivel global establece la principal causa de ingreso hospitalario apremiante y emergente en un 5% de la población que cursa la tercera edad, registrándose así más de 1 millón de hospitalizaciones anuales en el mundo. **Objetivo.** Determinar la incidencia de internaciones, días de hospitalización y características clínicas de los pacientes con diagnóstico de ingreso de insuficiencia cardiaca y fracción de eyección deprimida. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de carácter retrospectivo en 66 pacientes del registro de ecocardiogramas con MCD y disfunción ventricular severa del servicio de cardiología en el periodo 2013 a 2014. Analizando variables como edad, sexo, días de hospitalización. **Resultados:** Las edades variaron entre 35 y 99 años, con un promedio de 65, el grupo etario más sobresaliente fue: entre 60-79 años. El 64.70% registró un ingreso mientras que el 35.70% de la población tuvo 2 ingresos o más, con una la permanencia hospitalaria de 16 días que vario entre 5 a 17 días, todos los pacientes registraron factores de riesgo como: Hipertensión arterial un 91% MCDIN y un 72% MCDNI, dislipidemia con un 36% MCDIN y un 9% de MCDNI, además de enfermedades sobre agregadas como enfermedad renal crónica en un 30.5% y 63.6% que prologan su tiempo de estadía. **Discusión:** Los resultados no reflejan significancia estadística que aporten datos para la población en general pero constituyen datos inequívocos que demuestran la realidad institucional no difiere de los datos obtenidos en otros país.

Palabras claves: Insuficiencia Cardiaca (IC), Miocardiopatía dilatada (MCD), Hospitalización, Isquémico necrótica.

ABSTRACT

Background. Heart failure (HF) is globally established as the leading cause of urgent and critical care hospital admission. HF is frequently observed in the elderly representing 5% of the reported cases and accounting for more than 1 million hospitalizations annually worldwide.

Objective. To determine the incidence of hospitalizations, hospital days and clinical characteristics of patients diagnosed with HF and with reduced ejection fraction.

Methods: In the HAGP an observational, descriptive, retrospective cross-sectional study was conducted in 66 patients with MCD echocardiograms and severe ventricular dysfunction of cardiology registered in the period 2013 to 2014. Variables such as age, sex, hospitalization days were analyzed.

Results: The ages ranged between 35 and 99 years, with an average age of 65 years, the most prominent age group was between 60-79 years. The 64.70% had one income while 35.70% of the population had two incomes or more, with a hospital stay of 16 days varied between 5 to 17 days. All patients reported risk factors such as hypertension (91%) MCDIN (72%) , dyslipidemia (36%) and 9% MCDNI. MCDIN also resulted chronic kidney disease in 30.5% and 63.6% to preface your time spent.

Discussion: The results do not reflect statistical significance to provide data for the general population but are really data demonstrating the institutional reality no different from what happens in the rest of the country.

Keywords: Heart Failure (HF), Dilated cardiomyopathy (DCM), Hospitalization, Ischemic necrotic.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico progresivo donde el corazón es incapaz de cumplir con las necesidades metabólicas del organismo porque tiene alteraciones funcionales o estructurales a causa de que el miocardio, tiene moléculas deficientes que generan una mala mecánica central y/o periférica. ⁽¹⁻⁴⁾ De etiología diversa, con más perjuicio para la población adulta ^(5, 6) siendo las miocardiopatías, la principal causa de IC ligadas a diferentes formas de disfunción del musculo cardiaco que generan así depresión de la función sistólica/diastólica del ventrículo Izquierdo (VI).⁽⁷⁻¹⁰⁾

En la génesis de la enfermedad arterioesclerosa, la complicación principal de una arteria obstruida es la isquemia crónica con o sin Infarto cardiaco el cual puede cursar con una sobrevida marcada por el deterioro paulatino de la función ventricular lo cual generara múltiples reingresos hospitalarios ⁽¹¹⁾ La cardiopatía arterioesclerótica es considerada como la única patología cardiovascular que tiende a incrementar la incidencia como la prevalencia de la insuficiencia cardiaca en el tiempo. ⁽¹²⁾

A nivel mundial la insuficiencia cardiaca constituye la primera causa de ingreso hospitalario urgente en un 5% de la población de la tercera edad, registrándose así más de 1 millón de hospitalizaciones anuales ^(11,13).

Se estima que en EEUU, su incidencia anual es de unos 400.000 nuevos casos y su prevalencia es de por lo menos 2 millones de personas ⁽⁸⁾ por otro lado la prevalencia de IC en Europa oscila entre el 2 y el 3% y aumenta a los 70-80 años hasta el 10-20% ⁽¹⁴⁾.

En Latinoamérica la cardiomiopatía afecta entre el 20 y 30% de enfermedades en fase crónica con 21.000 muertes cada año. ⁽¹⁵⁾

En Ecuador se registra un 2.09% de muertes por insuficiencia cardiaca; junto a otras comorbilidades como la: hipertensión arterial 5.67%. La cardiopatía isquémica representan la principal causa de muerte hoy en día del ecuatoriano con un 7.03% de prevalencia según los registros del INEC. ^(16-18, 22).

El problema básico de esta enfermedad radica en que la población ecuatoriana no tiene una cultura preventiva, y desconoce la letalidad de padecer una enfermedad cardiovascular y las graves consecuencias que esta genera en el entorno familiar y social⁽¹¹⁾. ignorando además, que tan solo con una cultura de orientación médica y prevención precoz, se evitarían ingresos hospitalarios que podrían ser manejados ambulatoriamente con una debida supervisión médica y

una buena adherencia farmacológica ⁽¹¹⁾. Por ello, es importante estudiar las razones que inciden en la aparición de la insuficiencia cardíaca en el país.

Al momento actual nuestro sistema médico adolece de un subregistro por el alto índice de subdiagnóstico que se genera en la admisión de nuestros pacientes, el incorrecto almacenamiento de la información relevante en las historias clínicas a nivel institucional y la pérdida de la información básica del paciente en la ficha clínica de cada caso ^(6, 19).

La presente investigación se realizará a partir del registro de pacientes con diagnóstico de miocardiopatía dilatada isquémico necrótica y no isquémico con fracción de eyección deprimida; a través de una base de datos que se ha sido elaborada a partir de la información obtenida de las historias clínicas físicas y digitales de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de cardiología del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón. Se han obtenido los registros de los ecocardiogramas midiendo su Fracción de Eyección Ventricular (FEV) en el periodo 2013-2014, para estudiar la población que se atendió en nuestro hospital a través de sus características clínicas y conocer cuál es la condición del paciente en la actualidad.

Se espera con este estudio conocer: la incidencia de pacientes con IC que registran reingreso hospitalario, el tiempo aproximado de hospitalización, las características clínicas de nuestra población de estudio, conocer las limitantes que existen para determinar el diagnóstico de ingreso, el modelo de registro de datos en las historias clínicas y que los pacientes con diagnóstico de MCDIN y MCDNI que registren hospitalizaciones subsecuentes serán a causa de la progresión de su enfermedad lo que nos permitirá establecer la morbimortalidad de nuestros casos

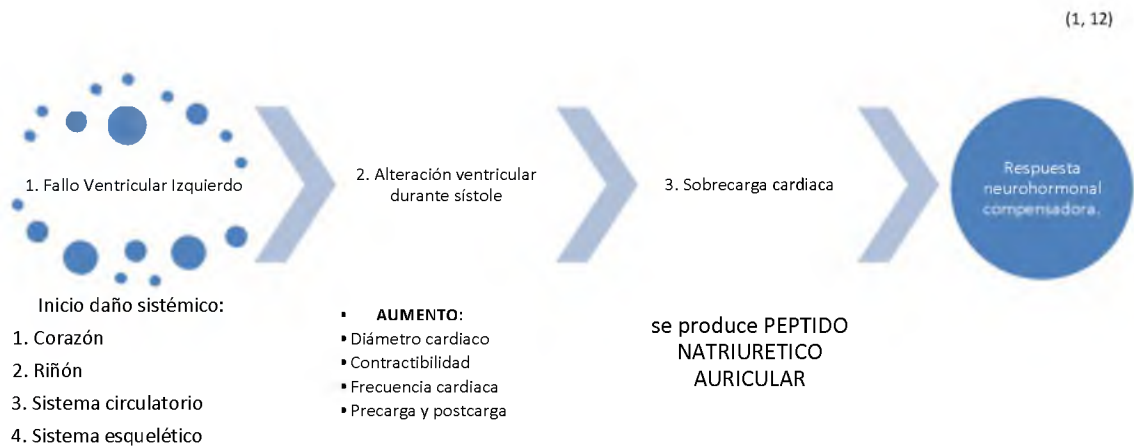
CAPITULO 1

MARCO TEORICO

1.1. INSUFICIENCIA CARDIACA

La IC, es una patología compleja de determinar y conceptualizar pero clínicamente se la considera como un conjunto de signos y síntomas posible de diagnosticar clínicamente, se caracteriza por: disnea y astenia cuando se realiza alguna actividad o en reposo debido a daños estructurales o funcionales en el miocardio o en la circulación. ⁽¹⁹⁾

Figura 1. Fisiopatología de la IC.



(Tovar, 2016)

La respuesta neurohormonal compensadora producto del efecto vasodilatador resultado de la inhibición del sistema simpático, conjuntamente con las diferentes lesiones cardiacas, deterioran la función del corazón y perpetúan negativamente la enfermedad ⁽¹²⁾.

La Insuficiencia cardiaca es una entidad clínica grave, sujeto de varias investigaciones y consensos científicos que reúnen criterios clínicos y exámenes complementarios, para establecer guías prácticas de diagnóstico y correcto tratamiento con información recabada a nivel mundial , en virtud de una falta de conceptualización exacta de la patología, como el caso de la American Heart Association (AHA), la New York Heart Association (NYHA) y la American College of Cardiology (ACC) entre otros, se han incluido criterios para definir a la IC (tabla I) que siguen vigentes en la actualidad.

Tabla I. Características clínicas que definen a la IC. Crónica

Recurrencia de IC* congestiva, con más de un ingreso hospitalarios

Clase funcional IV de la NYHA*, persistente

IC resistente al tratamiento diurético, vasodilatador y digitalico óptimo

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo >2 0% (opcional)

Contraindicación para el trasplante cardiaco

*IC: Insuficiencia Cardiaca, NYHA: New York Heart Association

(2)

La IC es una patología donde la vasoconstricción y la retención hidrosalina prevalecen desde el paso de la etapa asintomática de disfunción ventricular

hasta la fase final donde el corazón dañado no puede funcionar ⁽¹²⁾, se conocen múltiples factores de riesgo que desencadenan la historia natural de la enfermedad pero los principales se describen en la tabla II.

Tabla II. Principales factores de riesgo de IC.

Hipertensión Arterial

Cardiopatía Isquémica

Diabetes Mellitus

Disfunción ventricular asintomática

Taquicardias

(2)

Hay que conocer los factores etiológicos que se registran en la Tabla III que varían según los rasgos demográficos de cada población, para correlacionar el factor de riesgo (Tabla II) atribuible para esta entidad y modificarlos paulatinamente, puesto que su progresión a demostrado mayor índice de mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardiaca. ⁽²²⁾

Tabla III. Etiología de la Insuficiencia Cardiaca (IC)

Enfermedad coronaria (infarto o isquemia)

Hipertensión arterial

Miocardiopatía

Dilatada (congestiva)

Hipertrófica/obstructiva

Restrictiva (amloidosis, sarcoidosis, hemocromatosis)

Obliterativa

Arritmias

Taquicardia (fibrilación auricular)

Bradicardia (bloqueo completo, síndrome del seno enfermo)

Alcohol y fármacos

IC de alto gasto (anemia, tirotoxicosis, fistula arteriovenosa, enfermedad de Paguet).

Enfermedad del pericardio (pericarditis constrictiva, derrame pericárdico)

Fallo primario del ventrículo derecho (hipertensión pulmonar, insuficiencia tricuspídea)

(2)

La clasificación y la determinación del estadio de la patología (Tabla IV) se la realizan utilizando la anamnesis para la correcta interpretación clínica.

Tabla IV. Estadios de la IC*. Según la ACC/AHA* y la clasificación funcional según la NYHA.*

ESTADIOS DEL ACC/AHA	CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA NYHA
A Alto riesgo de IC, pero sin afectación cardiaca estructural o síntomas de IC.	Ninguno
B Enfermedad cardiaca estructural sin signos o síntomas de IC.	Sin limitación de la actividad física. La actividad física habitual no produce síntomas de IC.
C Enfermedad cardiaca estructural con síntomas previos o en curso de IC.	Sin limitación de la actividad física. La actividad física habitual no produce síntomas de IC.

- | | | |
|----------|-----|--|
| | II | Ligera limitación de la actividad física
Cómodo en reposo, pero la actividad física habitual produce síntomas de IC. |
| | III | Marcada limitación de la actividad física
Cómodo en reposo, pero una actividad física menor que la habitual produce síntomas de IC. |
| D | IV | Incapaz de realizar cualquier actividad física sin síntomas de IC, o síntomas de IC en reposo. |
| | | IC refractaria que requiere intervenciones especializadas. |

*IC: Insuficiencia Cardíaca, ACC: American College of Cardiology, NYHA: New York Heart Association. ⁽¹⁾

Ya hablábamos de la estadificación y la clasificación clínica de la patología (Tabla IV) así es importante conceptualizar la importancia de diferenciar la IC por alteración diastólica y sistólica (tabla V), puesto en ella radica el éxito o el fracaso terapéutico y pronóstico de vida de cada paciente. ⁽¹²⁾

Tabla V. Disfunción diastólica y sistólica

<i>Características</i>	<i>Disfunción diastólica</i>	<i>Disfunción sistólica</i>
Edad	Avanzada > 75 años	Cualquiera entre 50-70 años
Sexo	Femenino	Masculino
Fracción de eyección	>40%	<40%
Dilatación ventricular	No	Muy frecuente
Datos HVI* en ECG*	Muy frecuentes	En ocasiones
Radiografía de tórax	Congestión con o sin cardiomegalia	Congestión y cardiomegalia
Ritmo de galope	Cuarto ruido	Tercer ruido

Condiciones coexistentes

HTA*	+++	++
DM*	+++	++
Obesidad	+++	+
IAM*	+	+++
EPOC*	++	-
SAOS*	++	++
IRC* avanzada	++	+
FA*	+ (normalmente paroxística)	+(normalmente persistente)

*HVI: hipertrofia del ventrículo izquierdo, ECG: electrocardiograma, HTA: hipertensión arterial, DM: diabetes mellitus, IAM: infarto agudo de miocardio, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño, FA: fibrilación auricular⁽²⁾

1.2 MIOCARDIOPATIA DILATADA ISQUEMICO NECROTICO

Es el daño irreversible letal de una enfermedad coronaria severa y extensa que termina en disfunción del ventrículo izquierdo por dilatación de las fibras miocárdicas.⁽²⁰⁾

Etiología: isquemia miocárdica, infarto miocárdico⁽¹⁾

1.3 MIOCARDIOPATIA DILATADA NO ISQUEMICA

Etiología: trastorno familiar o genético, lesión infiltrativa o fármacos, trastorno metabólico, virus u otros mecanismos infecciosos.⁽¹⁾

1.4 FRACCION DE EYECCION

Es el volumen de sangre tras la sístole que resulta dividiendo el volumen del ventrículo izquierdo al terminar la diástole⁽⁷⁾ considerada el mejor parámetro clínico para medir la función cardiaca, pero resulta tan solo un aproximado pues es operador dependiente la técnica como parámetros complementarios a la clínica para el diagnóstico de IC, como el ecocardiograma que determina la disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo⁽²¹⁾ que da origen a la historia natural de la enfermedad con manifestaciones clínicas o no.⁽²¹⁾

Tipo: Conservada >50% o reducida <40%^(1, 21)

1.5 REFERENTES EMPIRICOS

Datos epidemiológicos de estudios mundiales como: Framingham, Rotterdam, Hillingdon sobre la incidencia, edad, sexo de la insuficiencia cardiaca⁽¹¹⁾ se citan hoy por hoy en estudios multicéntricos que sirven para estimar a groso modo si los datos de estudios internacionales están relación entre sí.⁽²⁾

Según Figola et. al. el 9,5% de pacientes con insuficiencia cardiaca precisaron un nuevo ingreso hospitalario tras un seguimiento por 3 años a causa cardiovascular.⁽¹¹⁾ Estudios como PRICE Y ASTUDIAS reflejan la prevalencia del 5% para IC en países europeos como España determinando que la IC va en aumento, frente al 2% en EEUU. y otros referentes europeos.⁽¹¹⁾

El estudio EAHFE determinó diferencia estadística a nivel mundial sobre las características en relación al sexo de la insuficiencia cardiaca; así las mujeres tienen más edad, cursan con hipertensión arterial en la mayoría de los casos⁽¹¹⁾

Otra investigación mundial sobre el registro BADAPIC de pacientes seguidos en el servicio de cardiología en España reporta que los pacientes atendidos por estos servicios son jóvenes la mayoría hombres y presentan fracción de eyección deprimida en ellos la etiología predominante es la cardiopatía isquémica y su grado sintomático es mayor.⁽²³⁾

Que contrasta con el estudio CARDIOPRES, GALICAP y en el estudio Galindo Ortego et al. sobre pacientes atendidos en atención primaria que estudiaron pacientes de la tercera edad en su mayoría mujeres y no se realizaban ecocardiogramas. La etiología más común era la hipertensiva.⁽¹¹⁾

Estudios como EPISERVE e INCA en donde estudiaron una población dentro del servicio de cardiología y en atención primaria de salud no difieren de características clínicas de estudios antes citados.⁽¹¹⁾

El resultado del estudio de Marco Mendoza E. et al⁽⁶⁾ reporto al referirse a la duración de hospitalización de pacientes con diagnóstico al ingreso de insuficiencia cardiaca oscila entre 3-19 días con un promedio de 11 días y se registraron fallecimiento en aquellos pacientes cuyo tiempo de internación era más prolongado.⁽⁶⁾

En el 2004 en Europa se analizó si era posible la reducción de internación de pacientes con IC tras el manejo en una unidad especial para esta patología indicando que el reingreso hospitalario es alto en un 60% la cardiopatía isquémica era la etiología más frecuente y como segundo factor etiológico en un 10% la miocardiopatía dilatada.⁽¹¹⁾

CAPITULO 2

MATERIALES Y METODOS

2.1 Diseño

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal de carácter retrospectivo que consistió en la revisión de los registros de ecocardiogramas plasmados en las historias clínicas físicas de pacientes con diagnóstico de Insuficiencia cardíaca y fracción de eyección deprimida agrupándolas según su etiología (MCDIN-MCDNI) y se analizó el número de ingresos y el tiempo de internación y las características clínicas de los pacientes que conforman la base de datos; a través del sistema Hosvital que registra digitalmente la información de pacientes atendidos en el servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

2.2 Población

La base de datos tenía el registro de 70 pacientes pero solo cumplieron los criterios de inclusión 47 pacientes ingresados en el servicio de servicio de cardiología a los que se les realizó ecocardiogramas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y fracción de eyección deprimida donde 36 pacientes tenían MCDIN 11 MCDNI, durante el periodo de Enero 2013 a Enero 2014, se excluyeron a los pacientes que durante la recopilación de datos reflejaban en sus historias clínicas información incompleta o sin firma o sello de responsabilidad.

2.3 Variables

Se tomaron en cuenta como variables de investigación el diagnóstico de ingreso, fracción de eyección, sexo, edad, epoc, dislipidemia, hipertensión, enfermedad renal crónica, fallecidos, # de internaciones: sin ingresos, con 1 ingreso, con más de un ingreso, tiempo de internación, clase funcional I - II, clase funcional III – IV, edema de miembros inferiores.

2.4 Instrumentos

La información fue registrada en el programa Excel 2013 donde se cumplió el análisis estadístico de las variables del estudio.

2.5 Gestor de Datos

La información fue recopilada de la base de datos del área de estadística del hospital de Especialidades Guayaquil y de la base de datos del servicio de Cardiología tales como historias clínicas, informes ecocardiograficos localizados en el sistema informático del servicio, para completar un registro que satisfagan con las necesidades del estudio.

A su vez se confirmó el estado actual de cada paciente del estudio se a través de la página web del Registro civil ecuatoriano, haciendo uso del número de cedula de identidad o en caso de no registrar dicho dato a través de nombres completos y la fecha de nacimiento.

2.6 Criterios Éticos

Previa solicitud y autorización del comité de bioética del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón y de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, se procedió a solicitar la información necesaria a través del departamento de docencia del Hospital para la realización de la investigación con el único objetivo de aportar a la comunidad científica nuevos datos de la realidad de nuestra Institución como referente nacional.

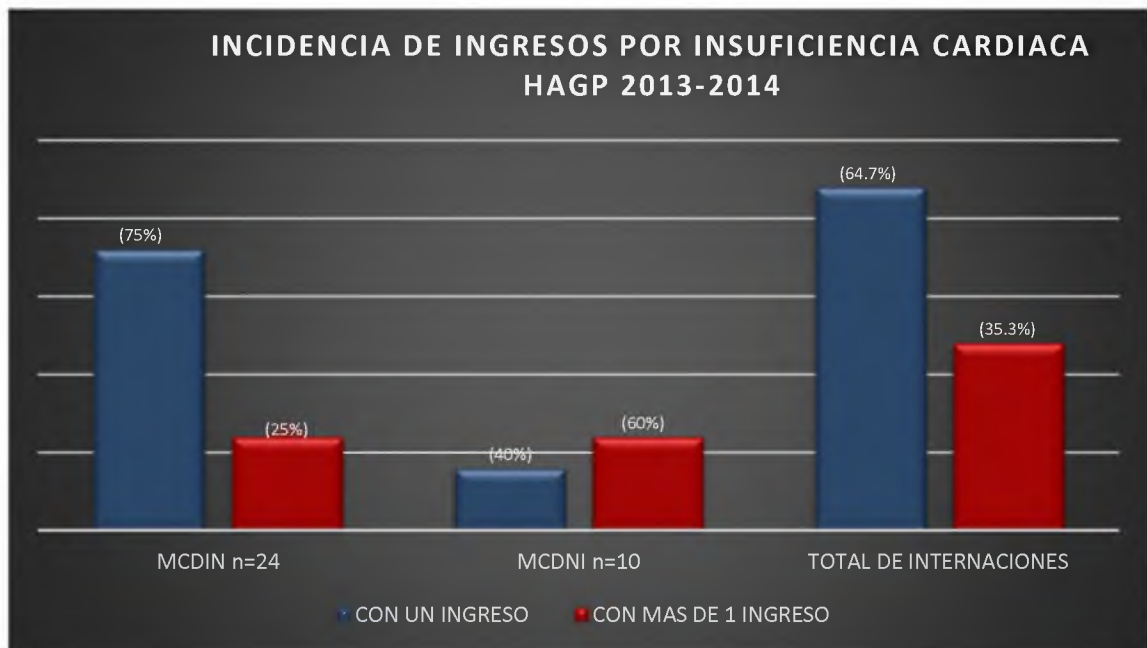
CAPITULO 3

RESULTADOS

Tabla # VI. Incidencia de ingresos por insuficiencia cardiaca HAGP 2013-2014

	MCDIN n=24	MCDNI n=10	TOTAL DE INTERNACIONES n= 34	100 %
CON UN INGRESO	18	4	22	64.70
CON MAS DE 1 INGRESO	6	6	12	35.30

Gráfico # 2. Incidencia de ingresos por insuficiencia cardiaca HAGP 2013-2014.



(Tovar, Gómez, 2016)

En el gráfico # 1 en relación a la incidencia de ingresos por insuficiencia cardiaca en el HAGP del 2013 al 2014 se internaron en una sola ocasión el 64.7%; teniendo así el 75% de pacientes atendidos con MCDIN y el 40% con

MCDNI. De los pacientes que tuvieron más de un ingreso con IC. Se observa

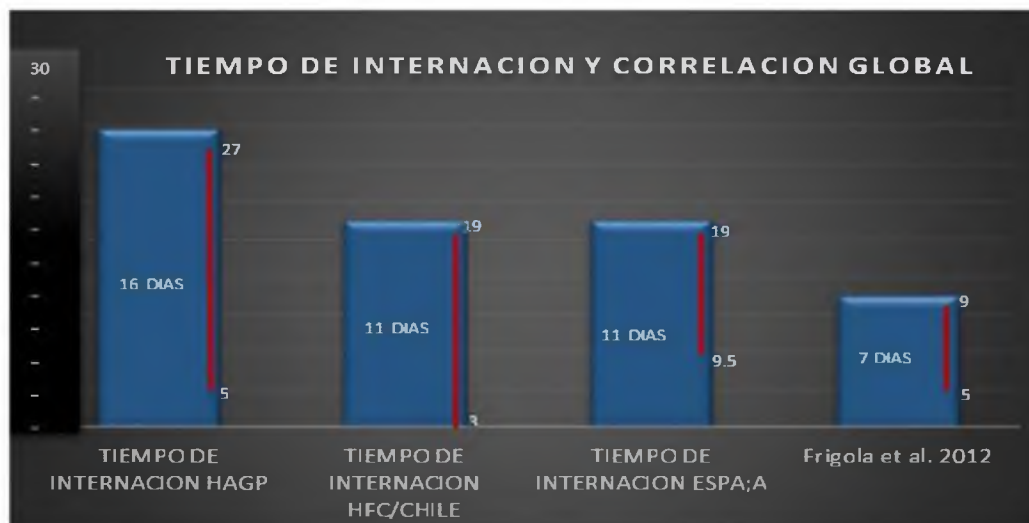
un 35.3%; de los cuales el 25% corresponde MCDIN y el 60% a pacientes con MCDNI.

En total el 76.6% de la población de estudio registro como mínimo un ingreso y como máximo 4 internaciones subsecuentes.

Tabla VII. Tiempo de internación de los pacientes con Insuficiencia cardiaca en el HAGP y relación global.

	DIAS	RANGO DE DIAS
Tiempo de internación HAGP	16	de 5 a 27 días
Tiempo de internación HFC/CHILE	11	de 3 a 19 días
Tiempo de internación ESPANA	11	de 9.5 a 19 días
Frigola et al. 2012	7	de 5 a 9 días

Gráfico # 3. Tiempo de internación y correlación global.



(Tovar, Gómez, 2016)

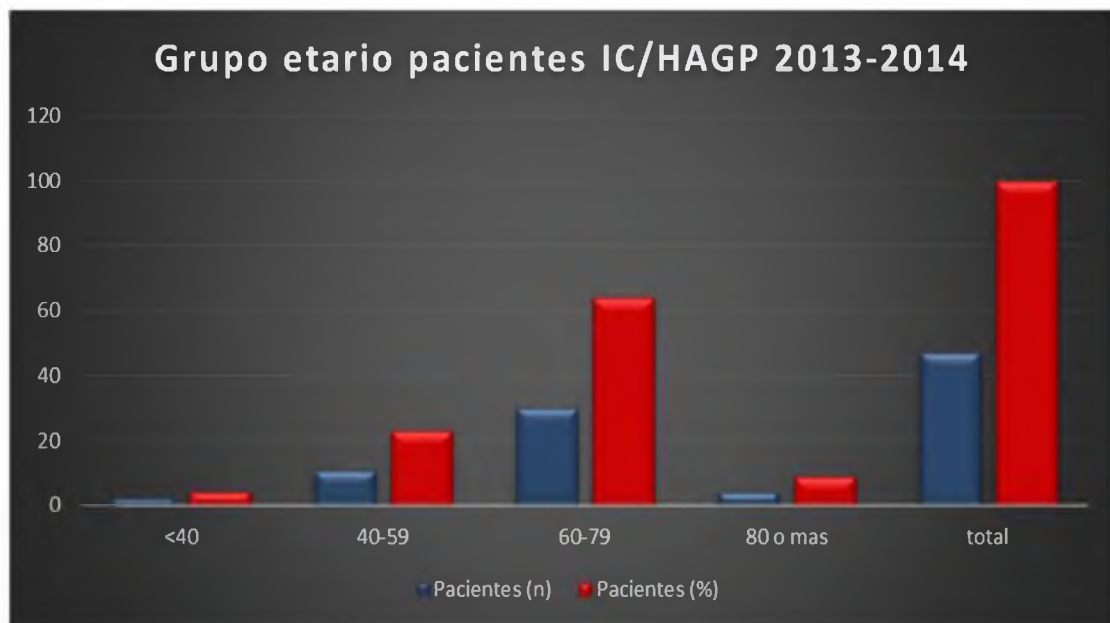
En el gráfico # 3 se observa que el tiempo de internación promedio de los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección

deprimida registrado en el Hospital Abel Gilbert Pontón fue: de 16 días con una oscilación de 5 a 27 días de Estancia Hospitalaria.

Tabla VIII. Grupo etario pacientes con IC atendidos en el HAGP 2013-2014.

Grupos por edad (años)	<40	40-59	60-79	80 o más	Total
Pacientes (n)	2	11	30	4	47
Pacientes (%)	4	23	64	9	100

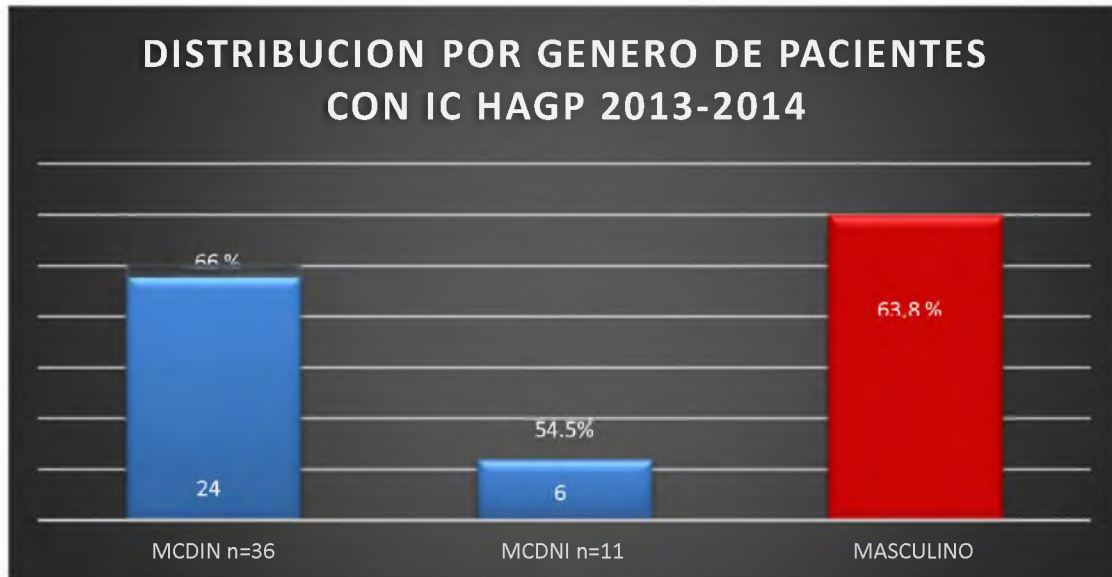
Gráfico # 4. Grupo etario pacientes con Insuficiencia cardiaca HAGP 2013-2014



(Tovar, Gómez, 2016)

En el gráfico # 4 se observa que el grupo etario más llamativo fue entre 60-79 años representando un 64% de los pacientes.

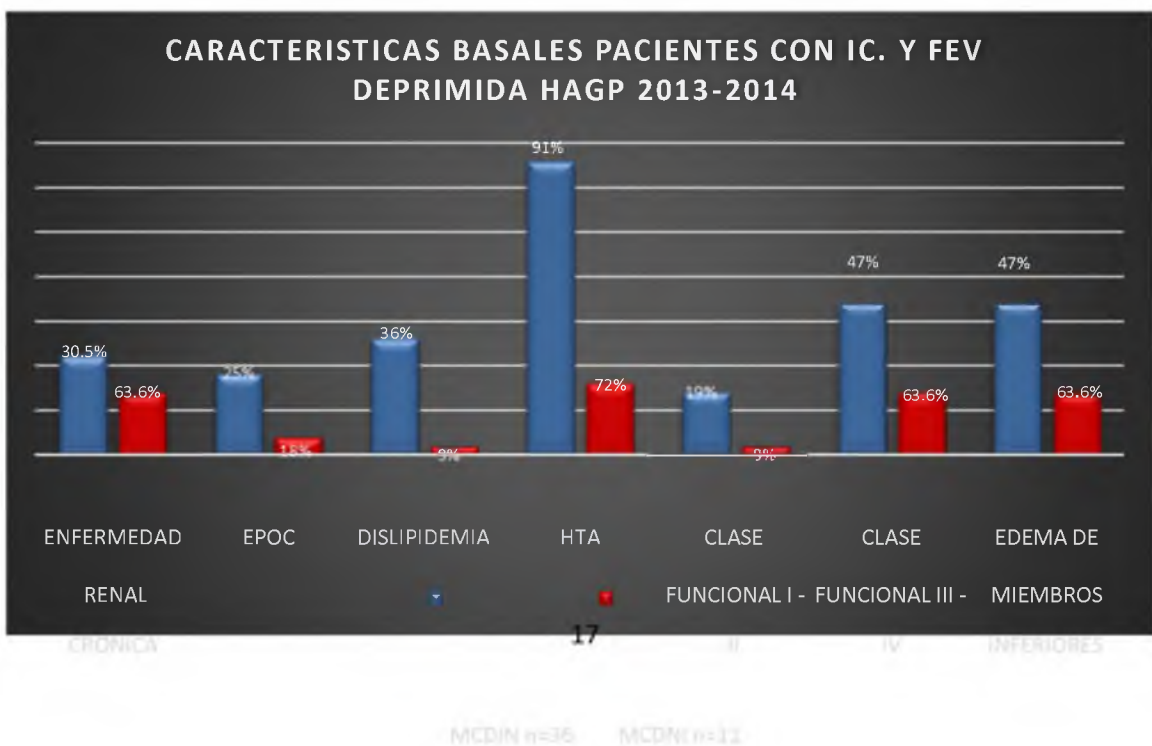
Grafico # 5. Distribución por género de pacientes con IC HAGP 2013-2014.



(Tovar, Gómez, 2016)

En el grafico #5 observamos que el 63.8% de la población de estudio eran hombres.

Grafico # 6. Características basales de pacientes con IC, Y FEV deprimida HAGP 2013- 2014

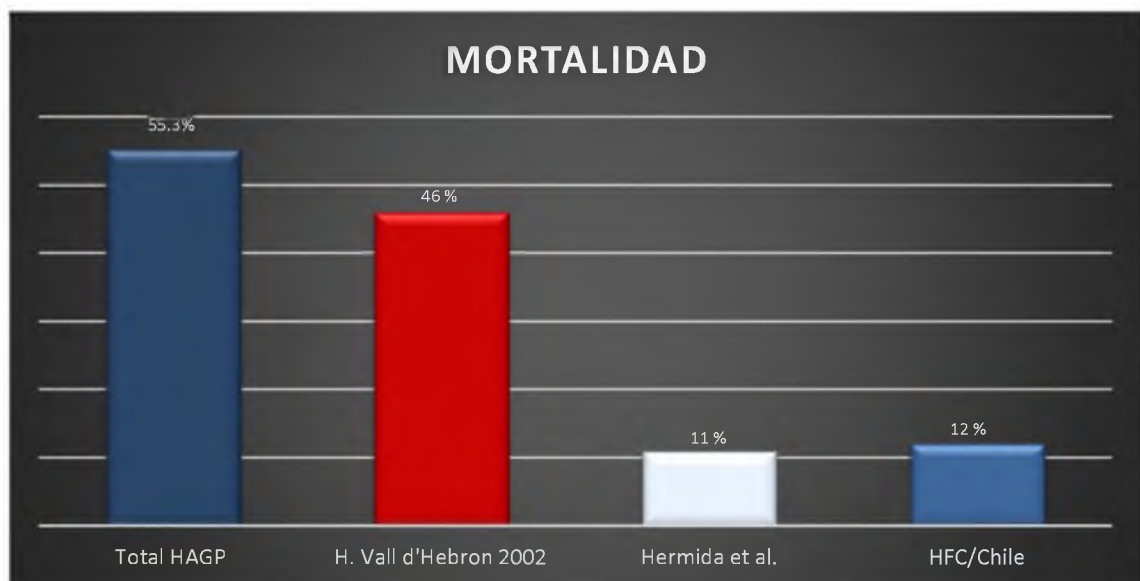


El grafico # 6. Refleja las características basales de la población de estudio; el 30.5% de los pacientes con MCDIN tuvo enfermedad renal crónica frente al 63.6% de pacientes que tenía MCDNI, un 25% de pacientes con MCDIN presento EPOC, a comparación del 18% de los que no presentaron isquemia, el 36% de los isquémicos necróticos presento dislipidemia frente al 9% del otro grupo.

En relación a los factores de riesgo como la Hipertensión Arterial se reportó un 91% de los pacientes con MCDIN como se habría esperado de acuerdo a la literatura, así también los pacientes no isquémicos presentaron un registro 72%.

Los pacientes con diagnóstico de MCDIN presentaron edema de miembros inferiores en un 47% y con MDNI con 63.6% y se los pudo clasificar al ingreso con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC). Dentro de la clasificación funcional NYHA. (Tabla IV)⁽²⁾. Con 19% clase funcional I-II y 49% de pacientes en clase funcional III-IV dentro de los isquémicos necróticos, y a decir de los no necróticos un 47% y 63% en clase funcional I -II y III -IV respectivamente, reflejando que el mismo porcentaje de pacientes con edema de miembros inferiores marcada, estaban dentro de una clasificación de grave para su enfermedad.

Grafico # 7. Mortalidad de pacientes con IC en el HAGP 2013-2014



En el gráfico # 7 en relación a la mortalidad de pacientes con IC en el HAGP 2013-2014 se obtuvieron resultados de la realidad institucional respecto a la mortalidad del paciente, resultado no propio de nuestra línea de estudio pero importante dato que destacar en cuestión de medir la sobre vida de los pacientes atendidos en el hospital.

En general de los pacientes que ingresaron a esta casa de salud con diagnóstico primario de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección deprimida en el periodo 2013-2014 verificando su estado actual con datos en la página web registro civil hasta marzo del 2016 un 55.3% de pacientes reportados en la base de datos han fallecido.

DISCUSION

En el presente estudio de investigación se tomaron en cuenta 47 registros de un total de 70 pacientes con reporte ecocardiográfico de miocardiopatía dilatada con fracción de eyección deprimida atendidos en el servicio de cardiología del HAGP que cumplieran con los criterios de inclusión.

Al tomar en cuenta los aspectos demográficos de los pacientes que forman parte de este estudio, se pudo observar que existe un predominio de pacientes con Insuficiencia cardiaca de sexo masculino en un 63.8% a comparación de las mujeres, que se reflejan diferencia frente a los resultados discordantes sobre la influencia del sexo en el desarrollo de IC, como en el estudio realizado por Mendoza *et al* 2012. En el Hospital de la Familia y la comunidad en Chile ⁽⁵⁾ donde más del 55% fueron mujeres, en el estudio EAHFE donde las mujeres representaron el 70% de la muestra, o en el estudio *HILLINGDON* o el estudio *PRICE* ⁽¹¹⁾ donde la prevalencia de insuficiencia fue igual entre ambos sexos.

Con respecto a la Edad se observó una variación entre 35 y 99 años, con un promedio de 65, ubicándose en el grupo etario más sobresaliente el comprendido entre 60-79 años siendo similar el grupo de edad como en el estudio, *ROTTERDAM* y *HILLINGDON* ⁽¹¹⁾ y el de Mendoza *et al.* ⁽⁵⁾ y en el registro *BADAPIC* ⁽²⁰⁾.

Con respecto a la duración de hospitalización el paciente en este servicio esta sobre el promedio general de los estudios nacionales y mundiales ^(5-6, 12-13). Los días de hospitalización variaron entre rangos de 5-27 días de estancia hospitalaria con un promedio de 16 días similar al reporte del estudio de Mendoza *et al.* 2012 ⁽⁵⁾ Donde se registró de 3-19 días de estancia hospitalaria con promedio de 11 días.

Los factores de riesgo que se encontraron tras la caracterización de los pacientes fueron en su mayoría: Hipertensión arterial con un 91% MCDIN y un 72% los MCDNI, la dislipidemia no se pudo registrar otros datos por falta de información pero reflejan similitud en relación a estudios similares ⁽²⁰⁾

Las comorbilidades que se asocian a mayor mortalidad están reflejadas en varios estudios mundiales ⁽¹¹⁻²⁰⁾ pero en nuestro caso tan solo pudimos analizar los pacientes con Enfermedad renal crónica que se presentaron en un 30.5%

los pacientes con MCDNI 63.6%, que fueron altos en relación al 20% en el estudio realizado en Catalina por Frigola et al. No se pudo valorar a variable de Diabetes mellitus porque no hubo registro en la mayoría de los pacientes. ⁽¹¹⁾

El análisis de la mortalidad en el estudio el registro reportó un 55.8% de mortalidad en un seguimiento de 48 meses que contrasta muy superior a los análisis y datos de estudios multicéntricos como: Estudio BADAPIC que refleja el 20-30% de mortalidad 13+/- 4 meses, el estudio multicéntrico *MUSIC* reflejo mortalidad del 27% en 44 meses de seguimiento, mientras que la serie de Pons et al en el hospital de Badalona mostro una mortalidad del 37% a los 36 meses.

CONCLUSIONES

Mediantes los registros obtenidos de la base de datos del servicio de cardiología del HAGP y de las historias clínicas físicas y electrónicas a través del servidor HOSVITAL se concluyó lo siguiente:

1. La incidencia de internación de los pacientes de la base de datos del servicio de cardiología del HAGP fue: del 76.6% de la población de estudio, de este registro se conoce que el: el 64.7% se internaron en una sola ocasión y el 35.3% registraron más de un ingreso en esta casa de salud.
2. Los días de hospitalización variaron de pacientes entre rangos de 5-27 días de estancia hospitalaria con un promedio de 16 días.
3. Se reportó que todos los pacientes presentaron en sus registros de Historias clínicas uno o varios factores de riesgo cardiovascular como por ejemplo: Hipertensión arterial, dislipidemia el 91% de los MCDIN padecían hipertensión y el 72% de los que tenía MCDNI también, el 36% de los MCDIN en contraste con el 9% de los pacientes MCNI tenían dislipidemia.
4. Sin duda alguna la diabetes mellitus tipo 2 es una comorbilidad y un factor de riesgo asociado a la IC, muy importante según registros mundiales predictores de mortalidad explícitos ⁽²⁴⁾, pero en este estudio no se pudo explicar ni estudiar datos veraces por la falta de información en el registro.
5. De las comorbilidades además: el 25% de los pacientes que constaban en la base de datos del hospital tenían EPOC + MCDIN a diferencia de los pacientes con MCDNI que registraron un 18% de esta asociación.
6. También pacientes del registro con MCDIN tuvieron en un 30.5% diagnóstico de Enfermedad renal Crónica y el 63.6% se le atribuyó con la misma patología a los que presentaban MCDNI.

7. En lo referente al sexo de la población que se analizó encontramos que en su mayoría los ingresos y reingresos hospitalarios se registraron en hombres con un 63.8% del total de la población.
8. Para el análisis de las características generales de la población del estudio se consideraron variables como: edad y sexo de los pacientes en general: las edades variaron entre 35 y 99 años, con un promedio de 65 años.
9. El grupo etario más sobresaliente fue: entre 60-79, registrando este grupo mayor incidencia de internaciones por insuficiencia cardíaca un alto periodo de internación y además presentan comorbilidades.
10. Se reportó que la mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardíaca seguidos por el servicio de cardiología del HAGP en un periodo de 48 meses fue del 55.3%.

RECOMENDACIONES

Al superar las limitaciones presentadas para realizar este estudio se recomienda:

1. Mejorar la organización tanto en el área de Cardiología como en el área de estadística, procurando la digitalización de la información para evitar pérdidas valerosas de los datos de las historias clínicas.
2. Respalda la base de datos en una red donde la información pueda ser subida a internet para almacenarla digitalicamente.
3. Se sugiere integrar un equipo multidisciplinario e integrar al personal de enfermería en el registro de los signos vitales y medidas antropométricas.
4. Socializar programas de tratamiento de insuficiencia cardiaca continua que se conocen que han sido efectivos en la región y a nivel mundial.
5. Se hace un llamado a todos los médicos (residentes y tratantes) del HAGP, al servicio de enfermería y al personal de salud en formación (internos rotativo de medicina y de enfermería) para mejorar la información y registro en las historia clínica al momento del ingreso de un paciente al área de emergencia o de consulta externa; principalmente sobre antecedentes patológicos personales, familiares, comorbilidades, hábitos, tratamiento farmacológico, etc. Que puedan contribuir en mejorar los datos estadísticos para almacenarla.
6. Se recomienda que los futuros estudios mantengan diseños adecuados a la situación y población local.
7. A la comunidad en general la prevención y la conciencia de padecer una enfermedad cardiaca contribuirán en mejorar la calidad de vida de la población teniendo así mejor pronóstico en virtud de la patología crónica que adolecen.
8. Se recomienda la aplicabilidad de guías prácticas clínicas en todos los servicios para que el tratamiento óptimo de IC sea conocido por todo el personal de la Institución.

ANEXOS

ANEXO 1. Solicitud de autorización para recabar información.

UNIDAD DE DOCENCIA
E INVESTIGACION
HOSPITAL GUAYQUIL
RECIBIDO: 15/02/2016
FECHA: 15/02/2016
HORA: 12:30 PM
FIRMA: [Firma]

Guayaquil, 15 Febrero del 2016



Dra.
Carmen Arreaga Sotomayor
DIRECTORA ASISTENCIAL
Presente.

De mis consideraciones:

Yo Carla María Tovar Pichama Interna de Medicina, que a Titularme como Médicos, le brindo un cordial saludo, la presente es para solicitar su autorización para recabar información de datos Estadísticos, de las Historias Clínicas de pacientes de este hospital estos datos serán usados con el fin de aportarnos información relevante para nuestro trabajo de titulación que presentaremos previo a nuestra graduación cuyo tema es:

"Incidencia de Internaciones por insuficiencia cardiaca en el paciente con miocardiopatía dilatada Hospital de Especialidades docente Abel Gilbert pontón".

Agradezco de antemano la atención prestada y agradezco su pronta respuesta.

Atentamente


CARLA MARIA TOVAR PICHAMA

ANEXO 2. Solicitud de acceso y uso de información de la base de datos del servicio de cardiología HAGP. Con copia al comité de Ética e investigación

Dr. Dick Orrala
LÍDER DEL DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA HAGP.
En su despacho.

22
Guayaquil, 19 de febrero del 2016
Dr. Dick Orrala Morúa
Méd. CARDIOLOGO
HOSPITAL GUAYACIL
MSP NO. LIBRO DE REGISTRO No. 144
EPS. 0777
22 FEB 2016

Dr. Luis Alberto Gómez Macías
CARDIOLOGO RECHORRADO
HOSPITAL 1177 PUNTO 4 SMP


De mis consideraciones:

Yo: Carla María Tovar Pichama Interna de Medicina de a promoción 56 de la UCSG/FCM previo a mi Titulación como MEDICO, reciba un cordial saludo, la presente es para solicitar su autorización para acceder a la base de registros de informes ecocardiográficos de los pacientes con miocardiopatía dilatada isquémico necrótico y no isquémico con fracción de eyección deprimida periodo 2013-2014, para usar la información en un estudio científico de investigación previo a mi graduación cuyo tema es:

"Incidencia de Internaciones por insuficiencia cardiaca en el paciente con miocardiopatía dilatada y fracción de eyección deprimida HAGP"

Agradezco de antemano la atención prestada y agradezco su pronta respuesta.

Atentamente,


Carla María Tovar Pichama
140043395-7

Cc:

Dr. Luis Gómez Macías
Dr. William Muñoz Arámbulo
Dr. Francisco Obando Freire

Miembro del Staff de Cardiología HAGP.
Coordinador del departamento de Docencia e Investigación.
Líder de Comité de Ética e Investigación de Salud Humana.

ANEXO 3. Solicitud de las Historias clinicas la departamento de Docencia e Investigaci6n.



Ministerio de Especialidades Gubernamentales
Dr. Abel Gilbert Porton
Ministerio de Salud Pública



Guayaquil, 11 de marzo del 2016

Doctor
William Muñoz Arambula
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACION
En su despacho.-

De miconsideraci6n

La presente tiene por objeto solicitarle a ud realce los tr6mites pertinentes a quien corresponda para acceder a informaci6n de 69 HISTORIAS CLINICAS, las cuales adjunto con su correspondiente numero de historia clfnica. Con su colaboraci6n permitira el desarrollo de la investigaci6n sobre INSUFICIENCIA CARDIACA EN EHAGP/HF-REPORT.

Esperando contar con su colaboraci6n, quedo de antemano agradecido.

Atentamente,

Dr. Luis Alberto Gómez Macías

ANEXO 4. Orden de entrega de Historias clínicas y uso de información.


Ministerio
de Salud Pública
Ecuador
Dr. Abel Gilbert Pontón
UNIOAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Memoranda N° 003-UOI-HG-2015
Guayaquil, Marzo 11 del 2016

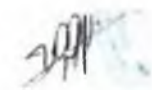
Ingeniera
Gilda Taranto Vera
LIDER RESPONSABLE DE SISTEMA INFORMACION DE ADMISIONES
Presente.

De mis consideraciones:

A traves de la presente comunico a usted, muy comedidamente se sirva brindar las facilidades a la estudiante CARLA TOVAR PCHAMA, quien se encuentran realizando lema de Tesis "INSURCENCIA CARDIACA EN EL HAGP", en pacientes en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Ponton, la cual debera recabar informacion estadística de 40 Hstorias Clínicas de los Pacientes.

Agradeciendole por la atencion brindada.

Atentamente,



Dr. William Muñoz Arambula
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACION.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eugene Braunwald, MD editor fundador y editor del contenido en línea, Douglas L. Mann, Douglas P. Zipes et al. Editores. Tratado de cardiología texto de medicina cardiovascular. Edición en español de la décima edición de la obra original en inglés Braunwald's Heart Diseases. A textbook of cardiovascular medicine. Elsevier España, S.L.U. Parte IV Insuficiencia Cardíaca. 2016.
2. Garcia-Sanchez I. Historia natural de la insuficiencia cardíaca pronóstico y comorbilidad. Jano. 14-20 octubre 2005. N.º 1.580
3. Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda y Crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología. Elaborada en colaboración con la Asociación de Insuficiencia Cardíaca (ICA) de la ESC. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Artículo especial / Rev Esp Cardiol. 2012; 65(10):938.e1-e59.
4. Sarria-Santamera A, Prado-Galbarro F, et al. Supervivencia de pacientes con insuficiencia cardíaca en atención primaria. Aten Primaria. 2015; 47(7):438-445.
5. Marco Mendoza E, Karin Noack de la F, Natalia Samur M, Maria Vergara A. Características clínicas de pacientes ingresados con diagnóstico insuficiencia cardíaca en un Hospital de la Familia y la Comunidad. Revista Anacem. Vol.6 N°1 (2012).
6. Staff médicos editorial Health Editor Cía. Ltda. Actualización en insuficiencia cardíaca: Carga de la enfermedad y estrategias de prevención. Revista ecuatoriana de Cardiología REC-Online. Quito. Volumen 1 N 2. 2015.
7. Bonafe R, Rodriguez C. Insuficiencia cardíaca. Análisis retrospectivo de una base de datos. Salud (i) Ciencia. 20.2014.839-845
8. Montijano Cabrera A, Castillo Caparros A. Insuficiencia Cardíaca. Manual de urgencias y emergencias disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/insucar.pdf>.

9. Instituto Mexicano del seguro social, Dirección de prestaciones médicas, unidad de atención Médica, Coordinación de unidades médicas de alta especialidad, división de excelencia clínica. Guía Práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de Cardiopatía Isquémica Crónica. disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/345GER.pdf>
10. Lupón J, Parajón T, Urrutia A, et al. Reducción de los ingresos por insuficiencia cardíaca en el primer año de seguimiento en una unidad multidisciplinaria. Revista española de cardiología. 2005; 58(4):374-80.
11. Sayago-Silva I, García- López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. Rev Esp Cardiol. 2013; 66 (8): 649-656.
12. Curso regional de capacitación de imagen para el diagnóstico y pronóstico de pacientes con Insuficiencia Cardíaca. OIEA. Dr. Reinaldo de la Noval García. Departamento de cardiología preventiva ICCCV. La Habana; 2-6 julio 2012.
13. Hernández Leiva E. Epidemiología del síndrome coronario agudo y la insuficiencia cardiaca. Rev Esp Cardiol. 2011; 64(Supl 2):34-43.
14. Fernando de la Serna. Insuficiencia cardiaca crónica. Capítulo 1: epidemiología de la insuficiencia cardiaca disponible en: http://www.fac.org.ar/edicion/inscac/cap01_2010.pdf.
15. Hernández Leiva E. Epidemiología del síndrome coronario agudo y la insuficiencia cardiaca. Rev Esp Cardiol. 2011; 64(Supl 2):34-43.
16. INEC. <https://public.tableau.com/profile/publish/defuncionesgenerales2014/Menu#!/publish-confirm>.
17. ELUNIVERSO fuente INEC 2010/2011 área de Salud principales causas de mortalidad en Ecuador. disponible en: <http://especiales.eluniverso.com/censo2010/2011/11/14/salud/>.
18. Ministerio de salud pública del Ecuador. <https://public.tableau.com/profile/publish/defuncionesgenerales2014/Menu#!/publish-confirm>.

19. Cosin Aguilar J. La insuficiencia cardiaca en el siglo XXI, Epidemiologia y consecuencias económicas. Cirugía Cardiovascular. 2011. voi. 18, Núm. 2.
20. Anguita Sanchez. M; investigadores del registro BADAPIC. características clínicas, tratamiento, morbimortalidad a corto plazo de pacientes con insuficiencia cardiaca controlados en consultas específicas de insuficiencia cardiaca. Resultados del registro BADAPIC. Rev Esp Cardiol.2004; 57:1159-69.
21. Brouwers F, de Boer R, et al. Incidence and epidemiology of new onset heart failure with preserved vs. reduced ejection fraction in a community-based cohort: 11 year follow-up of PREVEND. European Heart Journal. 2013. 34, 1424-1431.
22. Mauricio Duque R, Camilo Franco R, et al. Guías colombianas sobre la evaluación y manejo de falla cardiaca crónica en el adulto. Revista colombiana de cardiología. Octubre 2007 volumen 14 suplemento 2.
23. Frigola - Capell E., Comin – Colet J., et al. Trends and predictors of hospitalization, readmissions and length of stay in ambulatory patients with heart failure. Rev Esp Cardiol. 2012. Elsevier Espana.
24. Cikes M., Scott D. Salomon. Beyond ejection fraction: an integrative approach for assessment of cardiac structure and function in heart failure. European Heart Journal. 28 september 2015.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Carla María Tovar Pichama con C.C: # 140043395-7 autora del trabajo de titulación: **INCIDENCIA DE INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE CON MIOCARDIOPATIA DILATADA Y DISFUNCION VENTRICULAR SEVERA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DOCENTE "DR. ABEL GILBERT PONTON"**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** 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, 27 de abril de 2016

f.


Nombre: **Tovar Pichama Carla María**
C.C: 140043395-7

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	INCIDENCIA DE INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE CON MIOCARDIOPATIA DILATADA Y DISFUNCION VENTRICULAR SEVERA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DOCENTE "DR. ABEL GILBERT PONTON"		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	TOVAR PICHAMA CARLA MARIA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Vásquez Cedeño Diego Antonio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 de abril del 2016	No. DE PÁGINAS:	55
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Insuficiencia Cardíaca (IC), Miocardiopatía dilatada (MCD), Hospitalización, Isquémico necrótica.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Introducción. La insuficiencia cardíaca (IC) a nivel global establece la principal causa de ingreso hospitalario apremiante y emergente en un 5% de la población que cursa la tercera edad, registrándose así más de 1 millón de hospitalizaciones anuales en el mundo. Objetivo. Determinar la incidencia de internaciones, días de hospitalización y características clínicas de los pacientes con diagnóstico de ingreso de insuficiencia cardíaca y fracción de eyección deprimida. Métodos: en el HAGP se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de carácter retrospectivo en 47 pacientes del registro de ecocardiogramas con miocardiopatía dilatada y disfunción ventricular severa del servicio de cardiología en el periodo 2013 a 2014. Analizando variables como edad, sexo, días de hospitalización. Resultados: Las edades variaron entre 35 y 99 años, con un promedio de 65 años, el grupo etario más sobresaliente fue: entre 60-79 años. El 64.70% registró un ingreso mientras que el 35.70% de la población tuvo 2 ingresos o más, con una la permanencia hospitalaria de 16 días que vario entre 5 a 17 días, todos los pacientes registraron factores de riesgo como: Hipertensión arterial 91% MCDIN y 72% MCDNI, dislipidemia 36% MCDIN y 9% MCDNI, además de enfermedades sobre agregadas como enfermedad renal crónica en un 30.5% y 63.6% que prologan su tiempo de estadía.</p> <p>Conclusiones: La incidencia de internación fue: del 76.6% de la población de estudio, de este registro se conoce que el: el 64.7% se internaron en una sola ocasión y el 35.3% registraron más de un ingreso en esta casa de salud. Los días de hospitalización de los pacientes variaron entre 5-27 días de estancia hospitalaria con un promedio de 16 días. Factores de riesgo cardiovascular como por ejemplo: Hipertensión arterial, dislipidemia el 91% de los MCDIN padecían hipertensión y el 72% de los que tenía MCDNI también, el 36% de los MCDIN en contraste con el 9% de los pacientes MCNI tenían dislipidemia. De las comorbilidades: el 25% de los pacientes que constaban en la base de datos del hospital tenían EPOC + MCDIN a diferencia de los pacientes con MCDNI que registraron un 18% de esta asociación. También</p>			

pacientes del registro con MCDIN tuvieron en un 30.5% diagnóstico de Enfermedad renal Crónica y el 63.6% se le atribuyo con la misma patología a los que presentaban MCDNI. El 63.8% de la población de estudios fueron en hombres. Las edades variaron entre 35 y 99 años, con un promedio de 65 años.

Recomendaciones: Mejorar la organización de recopilación de información tanto en el área de Cardiología como en el área de estadística, procurando la digitalización de la información para evitar pérdidas valerosas de los datos de las historias clínicas. Se recomienda que los futuros estudios mantengan diseños adecuados a la población local y con mayor número de muestra. El resultado de este estudio refleja la situación actual de la institución y el servicio, que servirá como base para generar estrategias de prevención y promoción de la salud con los pacientes.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0989179485	E-mail: carlamatovarp@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Nombre: Vásquez Cedeño , Diego Antonio	
	Teléfono: 0982742221	
	E-mail: diegoavasquez@gmail.com	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	