

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

**TEMA:**

**Estado funcional de los pacientes con problemas  
cardiológicos que asisten a la consulta cardiológica de un  
hospital de Guayaquil, año 2024.**

**AUTORA:**

**Álvarez Narváez, Karen Andreina**

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

**TUTORA:**

**Lcda. Garrido, Julia Yndeliria, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**02 de mayo del 2025**



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

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Álvarez Narváez, Karen Andreina**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Lcda. Garrido, Julia Yndeliria, Mgs.**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGS.**

**Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Álvarez Narváez, Karen Andreina**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Estado funcional de los pacientes con problemas cardiológicos que asisten a la consulta cardiológica de un hospital de Guayaquil, año 2024**, 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 02 del mes de mayo del 2025**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Álvarez Narváez, Karen Andreina**



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

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Álvarez Narváez, Karen Andreina**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Estado funcional de los pacientes con problemas cardiológicos que asisten a la consulta cardiológica de un hospital de Guayaquil, año 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del 2025**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Álvarez Narváez, Karen Andreina**



## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, a mi Abuelita en el cielo, a mis padres, hermanas, abuelo y demás familia, a mi compañero de vida y pareja, a mis docentes por sus enseñanzas impartidas durante estos años en las aulas, a mi tutora por su ayuda y sobre todo su paciencia en este proceso.

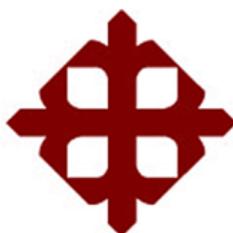
A todos y cada uno de ellos, gracias porque sin ustedes nada de esto sería posible.

*Karen Álvarez N.*

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitirme llegar aquí, a mi Mamita Mary que aunque se fue antes de lo esperado, me acompaño y me ha acompañado durante todo este proceso, a mis padres, Rubén y Shirley, a mis hermanas, Pamela y Kristel, a mi abuelito Claudio, a mis perritos Scooby, Gordo, y Pancho por su amor incondicional y a mi demás familia, por alentarme a seguir más allá, a lo largo de este camino como lo ha sido la carrera, pero sobre todo quiero hacer una dedicación especial por todo esto a mi compañero de vida y pareja Carlos, por brindarme su compañía, su amor, paciencia y apoyo incondicional durante el proceso de mi formación a lo largo de estos años de estudio.

*Karen Álvarez N.*



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGS.  
DIRECTORA DE CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. MARTHA LORENA, HOLGUÍN JIMÉNEZ, MGS.  
COORDINADORA DEL ÁREA UNIDAD DE TITULACION**

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. SYLVIA AZUCENA, HIDALGO JURADO PHD.  
OPONENTE**



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

**CALIFICACION**

---

# ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	XIII
ABSTRACT .....	XIV
INTRODUCCIÓN .....	2
Capítulo I .....	4
1.1 Planteamiento del problema .....	4
1.2 Preguntas de investigación .....	5
1.3 Justificación del Problema .....	6
1.4 Objetivos:.....	7
1.4.1 Objetivo general: .....	7
1.4.2 Objetivos específicos: .....	7
Capítulo II .....	8
1.5 Antecedentes de la investigación. ....	8
1.6 Marco conceptual. ....	10
1.6.1 Insuficiencia Cardíaca.....	10
1.6.2 Estado funcional en pacientes cardiológicos .....	11
1.6.3 Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).....	12
1.6.4 Dependencia de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.....	13
1.6.5 Actividades más afectadas en pacientes con Insuficiencia Cardíaca	14
1.6.6 Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem .....	14
1.7 Herramientas para evaluar el estado funcional y calidad de vida de pacientes .....	16
1.7.1 Medical Outcomes Study (MOS) .....	16
1.7.2 Índice de Barthel .....	18
Capítulo III .....	21
Presentación y análisis de resultados .....	26
Discusión .....	45
Conclusiones.....	48
Recomendaciones .....	49
REFERENCIAS.....	50

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados Cuestionario MOS.....	18
Tabla 2. Calificación Escala de Barthel .....	19
Tabla 3. Operacionalización de Variables.....	22

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figure 1. Cuestionario MOS .....	17
Figure 2 Edad.....	26
Figure 3. Sexo .....	27
Figure 4. Estado civil.....	28
Figure 5. Nivel de Instrucción .....	29
Figure 6. Ocupación.....	30
Figure 7. Nivel Socioeconómico .....	31
Figure 8. Patología cardíaca.....	32
Figure 9. Tiempo con Diagnóstico .....	33
Figure 10. Medical Outcomes Study .....	34
Figure 11. ABVD - Comer .....	35
Figure 12. ABVD – Traslado silla - cama.....	36
Figure 13 ABVD – Aseo personal.....	37
Figure 14 ABVD – Uso del retrete .....	38
Figure 15 ABVD – Bañarse / duchar .....	39
Figure 16. ABVD - Desplazarse.....	40
Figure 17 ABVD – Subir / Bajar escaleras .....	41
Figure 18 ABVD – Vestirse / Desvestirse .....	42
Figure 19 ABVD – Control de Heces .....	43
Figure 20 ABVD – Control de Orina .....	44

## RESUMEN

La insuficiencia cardíaca es una condición clínica prevalente que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes y su capacidad para realizar actividades diarias. **OBJETIVO:** Determinar el estado funcional de los pacientes con Insuficiencia cardíaca ingresados en el área de cardiología de un Hospital de Guayaquil, año 2024. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, de corte transversal. **POBLACIÓN:** 120 pacientes con insuficiencia cardíaca que acuden a la consulta de un hospital de la ciudad de Guayaquil. **TÉCNICA:** Encuesta. **INSTRUMENTO:** Índice de Barthel y MOS. **RESULTADOS:** 26.67% tienen entre 46 y 55 años, 55% son del sexo femenino, 33.33% son casados, 40.83% concluyeron la secundaria, 31.70% trabajan de forma independiente, 45% perciben un SBU, 99% padecen de una patología cardíaca, 47.90% llevan menos de 5 años con el diagnóstico, más del 50% sienten apoyo social, y la media del índice de Barthel es de 57.42, por lo que el nivel de dependencia es moderado. **CONCLUSIÓN:** En el estudio realizado, el 55% de los participantes son del sexo femenino, por lo tanto, se presume que el estado funcional de los pacientes del estudio es moderadamente dependiente.

**Palabras clave:** ABVD, cardiología, índice de Barthel, MOS, calidad de vida, estado funcional.

## ABSTRACT

Heart failure is a prevalent clinical condition that significantly affects patients' quality of life and their ability to perform daily activities. **OBJECTIVE:** To determine the functional status of patients with heart failure admitted to the cardiology department of a hospital in Guayaquil in 2024. **METHODOLOGY:** Descriptive, quantitative, prospective, cross-sectional study. **POPULATION:** 120 patients with heart failure attending a hospital in the city of Guayaquil. **TECHNIQUE:** Survey. **INSTRUMENT:** Barthel Index and MOS. **RESULTS:** 26.67% are between 46 and 55 years old, 55% are female, 33.33% are married, 40.83% have completed secondary school, 31.70% work independently, 45% make a basic salary, 99% have a cardiac pathology, 47.90% have been diagnosed for less than 5 years, more than 50% have social support, and the average Barthel index is 57.42, so the level of dependence is moderate. **CONCLUSION:** In the study conducted, 55% of the participants are female, therefore, it is presumed that the functional status of the patients in the study is moderately dependent.

**Key words:** BADL, cardiology, Barthel index, MOS, quality of life, functional status.

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca es una condición clínica prevalente que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes y su capacidad para realizar actividades diarias. Según el estudio de Martín et al., (1), se ha demostrado que la evaluación precisa de la insuficiencia cardíaca es crucial para determinar el estado funcional y adaptar las intervenciones terapéuticas. La comprensión de cómo los instrumentos de valoración impactan en la gestión clínica y la calidad de vida de estos pacientes es esencial para la optimización de los cuidados cardíacos. En este contexto, el presente estudio explora el estado funcional de los pacientes con problemas cardiológicos que asisten a la consulta cardiológica de un hospital de Guayaquil en el año 2024.

Los pacientes con insuficiencia cardíaca a menudo enfrentan diversos niveles de dependencia, lo cual influye en su capacidad para realizar actividades diarias. El artículo de Bastidas et al. (2), subraya cómo la capacidad funcional está intrínsecamente relacionada con los resultados de autocuidado en estos individuos. Las limitaciones funcionales pueden variar desde problemas para realizar tareas simples hasta dependencia completa en actividades básicas. Este análisis permite una mejor comprensión de cómo la insuficiencia cardíaca afecta la independencia del paciente y su calidad de vida.

Las características sociodemográficas, como el sexo y la edad, juegan un papel significativo en la capacidad de los pacientes con cardiopatía isquémica para llevar a cabo sus actividades diarias. En el estudio de Soto y Falide (3), se destaca cómo estos factores influyen en la calidad de vida de los pacientes. La edad avanzada y el sexo pueden tener un impacto considerable en las capacidades funcionales y en la forma en que los pacientes enfrentan la enfermedad. Estos aspectos deben ser considerados para una evaluación integral del estado funcional de los pacientes.

La evaluación de las actividades de la vida diaria más afectadas en pacientes con insuficiencia cardíaca es crucial para la planificación de intervenciones adecuadas. El texto de Cardona et al. (4), revela que las actividades más comúnmente afectadas incluyen el cuidado personal, la movilidad y las tareas

domésticas. Identificar estas áreas específicas permite a los profesionales de la salud desarrollar estrategias de manejo más efectivas y personalizadas para mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.

La evaluación del estado funcional de los pacientes con problemas cardiológicos es esencial para mejorar la atención y la calidad de vida. Como se evidencia en los estudios revisados, la capacidad funcional y la dependencia de los pacientes están influenciadas por características sociodemográficas y el impacto en las actividades diarias es significativo. Integrar estos hallazgos en la práctica clínica permitirá una mejor adaptación de las estrategias de cuidado y un enfoque más centrado en el paciente, optimizando así los resultados para aquellos que enfrentan insuficiencia cardíaca.

# Capítulo I

## 1.1 Planteamiento del problema

El estado funcional de los pacientes con problemas cardiológicos es una preocupación creciente en el ámbito de la salud debido a la prevalencia y el impacto significativo de las enfermedades cardiovasculares. La insuficiencia cardíaca, en particular, afecta la capacidad funcional de los pacientes, deteriorando su calidad de vida y aumentando la necesidad de atención médica especializada. Según el estudio de Calle Crespo y Ojeda (5), la insuficiencia cardíaca afecta a aproximadamente el 1-2% de la población general, con una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Esta situación plantea la necesidad urgente de evaluar el estado funcional de estos pacientes para mejorar las estrategias de manejo y atención.

A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, representando aproximadamente el 32% de todas las muertes globales, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6). La insuficiencia cardíaca es un problema significativo en este contexto, con una prevalencia creciente debido al envejecimiento de la población y el aumento de factores de riesgo como la hipertensión y la diabetes. El informe global de la OMS destaca que, a pesar de los avances en el tratamiento, los pacientes con insuficiencia cardíaca siguen enfrentando una alta tasa de hospitalización y una calidad de vida deteriorada, subrayando la importancia de una evaluación funcional exhaustiva.

En América Latina, la situación es igualmente preocupante. Un estudio realizado por Batista Mendoza et al. (7), indica que las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente el 30% de las muertes en la región. En particular, la insuficiencia cardíaca es una condición en aumento, afectando a una proporción significativa de la población. La falta de recursos adecuados para el manejo y seguimiento de estos pacientes contribuye a una mayor carga de enfermedad y una menor calidad de vida, haciendo crucial la evaluación del estado funcional para mejorar la atención.

En el contexto de Ecuador, las enfermedades cardiovasculares también representan un desafío significativo para el sistema de salud. El estudio de López Guamán y Henríquez (8), revela que la insuficiencia cardíaca afecta al 3% de la población ecuatoriana adulta, con una alta tasa de hospitalizaciones y mortalidad. La falta de infraestructura adecuada y la insuficiente formación de personal en el manejo de la insuficiencia cardíaca agravan el problema, subrayando la necesidad de mejorar la evaluación y el seguimiento de estos pacientes.

En el Hospital de Guayaquil, la situación refleja las tendencias nacionales y regionales. Según datos del Hospital, se ha observado un aumento en la cantidad de pacientes con insuficiencia cardíaca que requieren atención especializada (9). El estado funcional de estos pacientes, así como la capacidad del hospital para manejar sus necesidades, es un área crítica de evaluación. La falta de recursos y personal capacitado en el hospital puede afectar negativamente la calidad del cuidado y el bienestar de los pacientes, resaltando la importancia de una investigación detallada sobre su estado funcional y necesidades específicas.

## **1.2 Preguntas de investigación**

- ¿Cuál es el Estado funcional de los pacientes con Insuficiencia cardiológica ingresados en el área de cardiología de un Hospital de Guayaquil, año 2024?
- ¿Cuál es el nivel de dependencia de los pacientes con Insuficiencia cardiológica con respecto a sus actividades básicas de la vida diaria en el Hospital de Guayaquil?
- ¿Cuál es el nivel de dependencia según el sexo de los pacientes con Insuficiencia cardiológica, respecto a sus actividades básicas de la vida diaria en el Hospital de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las actividades básicas de la vida diaria más afectadas en los pacientes con Insuficiencia cardiaca en el Hospital de Guayaquil?

### **1.3 Justificación del Problema**

La investigación sobre el estado funcional de los pacientes con problemas cardiológicos que asisten a la consulta cardiológica de un hospital en Guayaquil en el año 2024 es crucial para mejorar la atención médica y la calidad de vida de estos pacientes. El estudio pretende identificar las limitaciones funcionales y necesidades específicas de esta población, lo que permitirá diseñar intervenciones terapéuticas más efectivas y personalizadas. Comprender cómo los problemas cardiológicos afectan el estado funcional de los pacientes puede guiar a los profesionales de la salud en la implementación de estrategias de manejo más adecuadas y basadas en evidencia, mejorando así los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.

El aporte principal de este trabajo al campo de la cardiología radica en proporcionar datos específicos sobre la población local de Guayaquil, lo cual es fundamental para adaptar las guías clínicas y políticas de salud a las necesidades particulares de esta comunidad. Estudios previos, como el de Bastidas (2), han demostrado la importancia de entender la capacidad funcional en pacientes con enfermedades cardiovasculares para mejorar el autocuidado y la adherencia a los tratamientos. Este trabajo amplía ese conocimiento, enfocándose en un contexto geográfico y demográfico específico, lo que puede resultar en recomendaciones más precisas y efectivas para la práctica clínica local.

El conocimiento generado por esta investigación es vital para identificar las principales barreras que enfrentan los pacientes con problemas cardiológicos en su vida diaria y cómo estas afectan su estado funcional. Este entendimiento no solo beneficia a los pacientes al mejorar su calidad de vida, sino que también proporciona a los profesionales de la salud información valiosa para optimizar sus intervenciones y mejorar los resultados del tratamiento. Al abordar las deficiencias en el manejo actual de los pacientes con problemas cardiológicos, el estudio puede contribuir a una atención médica más eficaz y centrada en el paciente.

El alcance de este trabajo pretende tener un impacto significativo tanto a corto como a mediano y largo plazo. A corto plazo, se espera que los resultados de

la investigación proporcionen una visión clara de las necesidades funcionales de los pacientes y guíen las intervenciones terapéuticas en el hospital de Guayaquil. A mediano y largo plazo, el estudio puede influir en la formulación de políticas de salud y la planificación de programas de rehabilitación cardíaca, no solo en Guayaquil sino también en otras regiones con características similares. La implementación de estas estrategias puede llevar a una mejora sostenida en la calidad de vida de los pacientes con problemas cardiológicos.

Los beneficiarios directos de este trabajo incluyen a los pacientes con problemas cardiológicos que asisten a la consulta cardiológica, quienes se beneficiarán de una atención más personalizada y efectiva. Los profesionales de la salud también se verán favorecidos, ya que contarán con información basada en evidencia para guiar sus prácticas clínicas. Además, las autoridades sanitarias y los formuladores de políticas pueden utilizar los hallazgos del estudio para desarrollar programas y políticas que mejoren la atención cardiovascular en la comunidad, generando un impacto positivo en la salud pública a largo plazo.

#### **1.4 Objetivos:**

##### **1.4.1 Objetivo general:**

Determinar el estado funcional de los pacientes con Insuficiencia cardíaca ingresados en el área de cardiología de un Hospital de Guayaquil, año 2024.

##### **1.4.2 Objetivos específicos:**

- Identificar el nivel de dependencia según el sexo de los pacientes con Insuficiencia cardíaca, respecto a sus actividades básicas de la vida diaria.
- Identificar el nivel de dependencia de los pacientes con Insuficiencia cardíaca con respecto a sus actividades básicas de la vida diaria.
- Describir las actividades básicas de la vida diaria más afectadas en los pacientes con Insuficiencia cardíaca

## **Capítulo II**

### **FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación.**

La enfermedad cardiovascular (ECV) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que 17,9 millones de personas murieron a causa de enfermedades cardiovasculares en 2019, lo que representa el 32 % de las muertes mundiales (10). Estos problemas de salud no sólo afectan la calidad de vida de un individuo, sino que también suponen una enorme carga financiera para el sistema sanitario. Las proyecciones indican que se espera que las enfermedades cardiovasculares causen más de 23 millones de muertes anualmente para 2030, lo que subraya la necesidad de intervenciones efectivas (11).

En América, las ECV causan cerca de 1.4 millones de fallecimientos anuales, lo que representa el 30% de todas las defunciones en la región (12). Esta circunstancia resulta preocupante, teniendo en cuenta que los hábitos de vida no saludables y el incremento de la población envejecida contribuyen a la prevalencia creciente de estas patologías. Se calcula que, en América Latina, el 75% de las defunciones por ECV son resultado de enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares, lo que resalta la relevancia de tratar estos asuntos de salud pública (10).

En América del Sur, la circunstancia es igual de alarmante. Una investigación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (13) señala que, en 2023, las ECV causaron el 40% de las defunciones en la región, sobrepasando el promedio global (10). Además, el peso de estas patologías se intensifica por elementos como la obesidad y la diabetes, que han demostrado un aumento significativo en la población de Suramérica. Esta tendencia subraya la necesidad apremiante de programas apropiados de prevención y tratamiento (10).

En Ecuador, las enfermedades cardiovasculares son una de las principales razones de fallecimiento. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en 2021, constituyeron el 25% de todas las muertes documentadas en la nación (14). El incremento en la prevalencia de factores

de riesgo como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus ha generado inquietud para las autoridades sanitarias, que han puesto en marcha programas de sensibilización y prevención para atenuar este efecto (15).

En Guayaquil, los trastornos cardiovasculares han aumentado en años recientes. Una investigación local muestra que el 20% de los adultos padece de hipertensión y un 30% padece de sobrepeso u obesidad, situaciones que son propensas a la ECV (16). Es crucial brindar atención en las consultas cardiológicas para valorar el estado funcional de estos pacientes, dado que una intervención apropiada puede incrementar notablemente su calidad de vida y disminuir las complicaciones relacionadas (17).

## **2.2. Marco conceptual.**

### **2.2.1. Insuficiencia Cardíaca**

- **Definición**

Es un síndrome clínico (por lo tanto, sintomático) que a menudo se presenta a menudo, se complementa con una alteración del ventrículo izquierdo (que puede presentar síntomas o ser asintomática). En los primeros análisis sobre la gravedad de la insuficiencia, se examinó la magnitud de la insuficiencia sólo se emplearon criterios clínicos bastante generales, específicamente signos y síntomas; tales como la falta de aire, el cansancio y los edemas. Por eso, a menudo subvaloran la problemática de la disfunción del corazón que se evidencia a través de una ecografía cardíaca, pero también pueden abarcar a individuos con signos de fallo cardíaco debido a otros procedimientos físicos patológicos (18).

- **Clasificación**

Existen dos tipos de IC: sistólica y diastólica. En la IC sistólica, la cavidad no tiene la fuerza suficiente para poner la sangre en circulación. En la IC diastólica, la cavidad no se puede relajar con normalidad (19).

La disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI), manifestada por la dilatación de la cavidad y una baja fracción de eyección, es la causa más clásica de cardiopatía y la mayor parte de los ensayos farmacológicos en la IC incluyen a pacientes de este tipo, en general varones de edad media cuya cardiopatía tiene un origen isquémico (20).

- **Etiología y factores de riesgo.**

- **Etiología**

Las afecciones que pueden llevar a una situación de IC son muy diversas y su identificación es de gran importancia, ya que puede alterar el enfoque de diagnóstico, tratamiento y prevención, además de influir en el pronóstico. Por esta razón, no es aceptable quedarse con un diagnóstico genérico de "insuficiencia cardíaca" en los reportes de estos pacientes, sino que deben incluirse tanto la clase de cardiopatía estructural como los factores de riesgo que la han favorecido y, en caso de ser necesario, los factores que provocan la descompensación aguda (20).

- **Factores de Riesgo**

Las causas predisponentes, también conocidas como factores de riesgo, son indicadores que están vinculados con un incremento en la probabilidad de desarrollar IC y pueden detectarse en la población que no padece de cardiopatía o que no presenta signos de IC. Por otro lado, se categorizan en etiológicas, posiblemente etiológicas y no etiológicas (20).

### **2.2.2. Estado funcional en pacientes cardiológicos**

- **Estado funcional**

El estado funcional en un paciente cardiológico alude a la habilidad de un individuo para llevar a cabo tareas cotidianas sin sufrir síntomas restrictivos como la falta de aire (ausencia de aire), cansancio o dolor en el pecho. En resumen, es una evaluación de cómo la enfermedad del corazón impacta en la calidad de vida del paciente.

- **Importancia de evaluar el Estado Funcional**

- **Pronóstico:** Facilita la predicción del progreso de la enfermedad, la posibilidad de internación hospitalaria y la tasa de mortalidad.
- **Tratamiento:** Asiste en la personalización del tratamiento y en la definición de objetivos terapéuticos concretos.
- **Investigación:** Se emplea en investigaciones clínicas para valorar la efectividad de nuevos fármacos y procesos.
- **Nivel de vida:** Facilita la evaluación del efecto de la enfermedad en la vida cotidiana del paciente y la eficacia de las intervenciones realizadas al paciente.

- **Instrumentos de Evaluación**

- **Clasificación de la Asociación de Corazón de New York (NYHA):** Se clasifica a los pacientes en cuatro categorías en función de la restricción de la actividad física provocada por los síntomas del corazón.
- **Cuestionario de la Calidad de Vida:** Analizan el efecto de la enfermedad en diversas áreas de la vida, tales como las interacciones sociales, la labor y el humor.

- **Índice de Barthel:** Es un instrumento de evaluación frecuentemente empleado en el campo de la salud para evaluar la habilidad funcional de un individuo para llevar a cabo tareas fundamentales de la vida cotidiana (AVD). Estas tareas incluyen desde alimentarse y limpiarse hasta moverse y manejar esfínteres. Este índice, mediante una puntuación numérica, proporciona una evaluación cuantitativa del nivel de autonomía de una persona (21).
- **Pruebas de ejercicio:** Evalúan la habilidad funcional a través de la ejecución de exámenes de esfuerzo, como la prueba de seis minutos de caminata.

### 2.2.3. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son un conjunto de tareas cotidianas esenciales para el autocuidado y la independencia de una persona. Estas actividades abarcan desde el cuidado personal básico hasta la movilidad. La evaluación de las ABVD es fundamental en el ámbito de la salud, especialmente en rehabilitación, geriatría y neurología, para determinar el grado de dependencia de un individuo y planificar los cuidados necesarios entre las ABVD que existen y son importante evaluarlas tenemos (22):

- **Actividades:**
  - **Cuidado personal:** Vestirse, bañarse, asearse.
  - **Alimentación:** Consumir alimentos y bebidas.
  - **Regulación de esfínteres:** Mantener la vejiga y los intestinos en control.
  - **Movilidad:** Cambiar de la cama a la silla, andar, ascender escaleras.
- **Importancia:**
  - **Establecer el grado de dependencia:** Determinar las áreas en las que un individuo requiere asistencia.
  - **Definir metas terapéuticas:** Establecer objetivos factibles para la rehabilitación.
  - **Evaluar el avance:** Analizar el progreso del paciente con el transcurso del tiempo.

- **Planificar los Cuidados:** Ajustar las atenciones a las necesidades personales.

#### 2.2.4. Dependencia de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca

- **Definición**

En el marco de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), la dependencia alude a la incapacidad de un individuo para llevar a cabo tareas fundamentales para su autocuidado, tales como alimentarse, bañarse, vestirse o moverse. Para los pacientes con fallo cardíaco, esta dependencia puede presentarse en un nivel más elevado o inferior, en función de la gravedad de la enfermedad y de otros elementos (23).

- **Factores que influyen en el nivel de Dependencia**

- **Edad:** Los ancianos tienden a ser más susceptibles a la adicción debido al deterioro natural de las funciones orgánicas y a la elevada incidencia de comorbilidades.
- **Sexo:** A pesar de que hay investigaciones contradictorias, algunas proponen que las mujeres con fallo cardíaco podrían tener una mayor dependencia funcional.
- **Comorbilidades:** La existencia de otras patologías crónicas como la diabetes, la hipertensión o la enfermedad obstructiva pulmonar crónica, puede intensificar los síntomas de la insuficiencia cardíaca y potenciar la dependencia.
- **Intensidad del fallo cardíaco:** Conforme la enfermedad avanza, la habilidad funcional del paciente tiende a reducirse, lo que resulta en una dependencia incrementada.
- **Tratamiento:** El éxito del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico puede tener un impacto considerable en el grado de dependencia.
- **Factores psicosociales:** El humor, el respaldo social y el grado de estrés pueden influir en la percepción de la enfermedad y la habilidad para llevar a cabo tareas.

### 2.2.5. Actividades más afectadas en pacientes con Insuficiencia Cardíaca

La insuficiencia cardíaca (IC) es una afección crónica que restringe la habilidad del corazón para suministrar sangre de forma eficaz a todo el organismo. Esta reducción en la función del corazón provoca una serie de síntomas que impactan de manera significativa la habilidad de los pacientes para llevar a cabo las actividades cotidianas (23).

- **ABDV**
  - **Autocuidado:** Actividades como bañarse, vestirse y asearse pueden verse afectadas debido a la fatiga y la debilidad.
  - **Movilidad:** La capacidad para trasladarse de la cama a la silla o caminar distancias cortas puede verse comprometida.
  - **Actividades sociales:** La limitación física puede llevar al aislamiento social, ya que los pacientes pueden evitar actividades sociales por temor a sentirse fatigados o disneicos.
- **Actividades físicas**
  - **Actividad:** La habilidad para llevar a cabo actividad física, incluso actividades de bajo impacto, se reduce significativamente en pacientes con IC. La fatiga, la falta de aire y la debilidad muscular son signos habituales que restringen la actividad física.
  - **Caminar:** Una de las acciones con mayor impacto. Suele ser restringida la distancia que un paciente con IC puede recorrer sin presentar síntomas.
  - **Subir escaleras:** El desafío de respirar y sentirse pesado en las piernas hacen que ascender escaleras sea una labor complicada.
  - **Actividades cotidianas:** Actividades como levantar objetos de gran peso, jardinería o llevar a cabo labores del hogar pueden ser agotadoras. Subir escaleras: El desafío de respirar y sentirse pesado en las piernas hacen que ascender escaleras sea una labor complicada.

### 2.2.6. Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

- **Déficit de Autocuidado**

Ocurre cuando la habilidad de un individuo para llevar a cabo las acciones requeridas para preservar su vida, su salud y su bienestar se ve afectada. En resumen, hay una diferencia entre las exigencias de autocuidado y la capacidad del individuo para cumplirlas (24):

- **Componentes del Déficit de Autocuidado**
  - **Déficit de conocimiento:** La persona carece de información o habilidades necesarias para realizar las actividades de autocuidado.
  - **Déficit físico:** Limitaciones físicas que impiden realizar las acciones necesarias.
  - **Déficit psicosocial:** Factores emocionales, sociales o ambientales que obstaculizan el autocuidado.
- **Déficit de Autocuidado en ABDV**
  - **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** Bañarse, vestirse, comer, etc.
  - **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** Manejar dinero, utilizar el transporte, preparar comidas, etc.
  - **Mantenimiento de un ambiente seguro:** Mantener un hogar limpio y seguro.
  - **Promoción de la salud:** Realizar ejercicio, seguir una dieta saludable, etc.
- **Rol de Enfermería**
  - **Evaluar:** Identificar las necesidades de autocuidado del paciente y determinar la naturaleza y el grado del déficit.
  - **Diagnosticar:** Formular un juicio clínico sobre la situación del paciente en relación con su capacidad de autocuidado.
  - **Planificar:** Establecer objetivos y desarrollar un plan de cuidados individualizado.
  - **Intervenir:** Realizar acciones de enfermería para ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades de autocuidado.
- **Intervenciones de Enfermería**
  - **Enseñanza:** Proporcionar información y habilidades para que el paciente pueda realizar las actividades de autocuidado.

- **Apoyo:** Ofrecer apoyo emocional y psicológico al paciente y a su familia.
- **Realización de cuidados directos:** Realizar las actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar por sí mismo.
- **Coordinación de cuidados:** Trabajar con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral.

### **2.3. Herramientas para evaluar el estado funcional y calidad de vida de pacientes**

#### **2.3.1. Medical Outcomes Study (MOS)**

La herramienta más adecuada disponible en la práctica diaria para estudiar y evaluar el apoyo social es el cuestionario del Medical Outcomes Study (MOS). Permite conocer las dimensiones emocional, instrumental, afectiva y de interacción social positiva, a la vez que proporciona un indicador global del apoyo social, como son sexplicadas a continuación; (25).

- **Dimensiones del apoyo social**

- **Apoyo emocional.** Incluye demostraciones de empatía, cariño, amor y estima. Se relaciona con la disponibilidad y capacidad que tienen las personas de la red de apoyo de demostrar este tipo de emociones.
- **Apoyo instrumental.** Se relaciona con la forma en que se apoya de forma tangible al paciente, el apoyo puede ser económico o financiero, material, y colaboración en la realización de tareas domésticas y cuidado de quien está enfermo.
- **Interacción social positiva.** Comprende la disponibilidad que poseen los cuidadores y los enfermos para dar y recibir el apoyo, cómo lo aporta, las reuniones y pasar un momento agradable.

Figure 1. Cuestionario MOS

**TABLA 1. CUESTIONARIO MOS**

**Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone**

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tiene que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseja cuando tiene problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleva al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestra amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informa y le ayuda a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abraza	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

- **Evaluación del cuestionario.**

- **Preguntas.** 19 preguntas que se miden con una escala de Likert puntuado del 1 al 5.
- **Dimensiones.** El cuestionario permite conocer cuatro dimensiones del apoyo social cualitativo; emocional, instrumental, afectivo y de interacción social positiva. Adicionalmente, ofrece un índice global de apoyo social.
- **Calificación.** Las preguntas se dividen de acuerdo a las dimensiones;

- **Apoyo emocional.** Ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.
  - **Apoyo instrumental.** Preguntas 2, 5, 15 y 12.
  - **Interacción social positiva.** Ítems 7, 11, 14 y 18.
  - **Apoyo afectivo.** Preguntas 6, 10 y 20.
  - **Índice global.** Se suman los puntos de los 19 ítems del cuestionario.
- **Calificación.** Encontraremos valores máximo, mínimo y medio del índice global de apoyo social y de las cuatro dimensiones de apoyo investigados.

Se considerará que el apoyo global es escaso cuando el índice es menor a 57. Además, se podrá catalogar como falta de apoyo emocional, instrumental, de interacción social, y afectivo cuando las puntuaciones estén por debajo de; 24, 12, 12, y 9, respectivamente.

*Tabla 1. Resultados Cuestionario MOS*

<b>Valores</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Medio</b>
<b>Emocional</b>	40	8	24
<b>Instrumental</b>	20	4	12
<b>Interacción social positiva</b>	20	4	12
<b>Afectivo</b>	15	3	9
<b>Índice global</b>	94	19	57

**Autores:** De La Revilla y Bailón

### **2.3.2. Índice de Barthel**

Piqueras (26) la define como una herramienta para medir la capacidad funcional de una persona para realizar actividades básicas de la vida diaria; en dicha escala se le asigna puntos a cada actividad, según lo comentado, permitiendo evaluar el nivel de independencia o dependencia de una persona en función de su capacidad para realizarlas. El objetivo de Barthel era medir la evolución de pacientes con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos. La escala se evalúa con una puntuación de 10, 5, ó 0, en función de grado de ayuda que necesite (ninguna, alguna, o toda) y su grado de dependencia se determinará de la siguiente forma (26);

*Tabla 2. Calificación Escala de Barthel*

Totalmente dependiente	>20
Moderadamente dependiente	10-55
Dependencia leve	>60
Totalmente independiente	100

**Autora:** Karen Álvarez

### **Interpretación de Resultados**

La calificación final oscila entre 0 y 100, donde 100 representa la independencia total y 0 la dependencia total. No es una escala constante, puesto que cambia de 5 a 5 puntos. La reproductibilidad entre observadores se evaluó en 1988, resultando en coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98 respectivamente (27).

### **2.3 Marco Legal**

#### **Constitución de la República del Ecuador (28)**

**Art. 32.** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

**Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el

consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

### **Ley Orgánica de Salud (29)**

**Art. 7.-** Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud público.

## Capítulo III

### 3.1. Diseño de la investigación

**Nivel:** Descriptivo

**Método:** Cuantitativo

**Diseño:**

**Según el tiempo:** Prospectivo

**Según la naturaleza de los hechos:** Transversal

**Población y muestra:** Pacientes con insuficiencia cardíaca que acuden a la consulta en un Hospital en la ciudad de Guayaquil

**Criterios de inclusión y exclusión:**

**a) Criterios de Inclusión:**

a. Pacientes con insuficiencia cardíaca que asisten a consulta

**b) Criterios de exclusión:**

a. Pacientes con insuficiencia cardíaca que se encuentren en el área de hospitalización

**Técnicas y procedimientos para la recolección de datos:**

**Técnicas:** Encuesta

**Instrumento:** Índice de Barthel

**Técnicas de procesamiento y análisis de datos.**

La información y datos estadísticos obtenidos fueron procesados usando el programa Microsoft Excel, que permitió realizar tablas de frecuencia y gráficos estadísticos para la presentación de los datos.

**Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.**

- Ostentación y aprobación del anteproyecto por parte de la carrera de enfermería de la universidad Católica Santiago de Guayaquil.
- Solicitud al hospital para poder aplicar las técnicas e instrumentos planificados para obtención de datos.
- Consentimiento informado.

**VARIABLE GENERAL:** Actividades básicas de la vida diarias del paciente insuficiencia cardiaca.

Tabla 3. Operacionalización de Variables

DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 35-45</li> <li>➤ 46-55</li> <li>➤ 56-65</li> <li>➤ 66-75</li> <li>➤ 76-85</li> </ul>
	Género	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Masculino</li> <li>➤ Femenino</li> </ul>
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Soltero</li> <li>➤ Casado</li> <li>➤ Divorciado</li> <li>➤ Viudo</li> <li>➤ Otro</li> </ul>
	Nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Primaria</li> <li>➤ Secundaria</li> <li>➤ Universitaria</li> <li>➤ Otro</li> </ul>
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Empleado</li> <li>➤ Desempleado</li> <li>➤ Jubilado</li> <li>➤ Estudiante</li> <li>➤ Otro</li> </ul>
	Tiempo con diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ &lt;5 años</li> <li>➤ &gt;10 años</li> <li>➤ &gt;15 años</li> <li>➤ &gt;20 años</li> </ul>
	Apoyo emocional	1: Nunca 2: Rara vez 3: Algunas veces 4: A menudo 5: Siempre
	Apoyo instrumental	1: Nunca 2: Rara vez 3: Algunas veces 4: A menudo

<b>ADAPTACIÓN SOCIAL DE Medical Outcomes Study (MOS)</b>		5: Siempre
	Apoyo afectivo	1: Nunca 2: Rara vez 3: Algunas veces 4: A menudo 5: Siempre
<b>Actividades Básicas de la Vida Diaria (Índice de Barthel)</b>	Comer	Incapaz 0 Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 5 Independiente: (puede comer solo) 10
	Trasladarse entre la silla y la cama	Incapaz, no se mantiene sentado 0 Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 5 Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 10 Independiente 15
	Aseo personal	Necesita ayuda o aseo personal 0 Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse 5
	Uso del Retrete	Dependiente 0

		<p>Necesita alguna ayuda, pero puede hacerlo solo 5</p> <p>Independiente: (entrar y salir, limpiarse y vestirse) 10</p>
	Bañarse / Duchar	<p>Dependiente 0</p> <p>Independiente para bañarse o ducharse 5</p>
	Desplazarse	<p>Inmóvil 0</p> <p>Independiente en sillas de ruedas en 50 metros 5</p> <p>Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 10</p> <p>Independiente al menos 50 m con cualquier tipo de muleta excepto andador 15</p>
	Subir / Bajar escaleras	<p>Incapaz 0</p> <p>Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal), puede llevar cualquier tipo de muleta 5</p> <p>Independiente para subir y bajar 10</p>
	Vestirse/Desvestirse	<p>Dependiente 0</p>

		<p>Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda 5</p> <p>Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones 10</p>
	Control de heces	<p>Incontinente, (o necesita que le suministren enema) 0</p> <p>Accidente excepcional (uno por semana) 5</p> <p>Continente 10</p>
	Control de orina	<p>Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 0</p> <p>Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas) 5</p> <p>Continente, durante al menos 7 días 10</p>

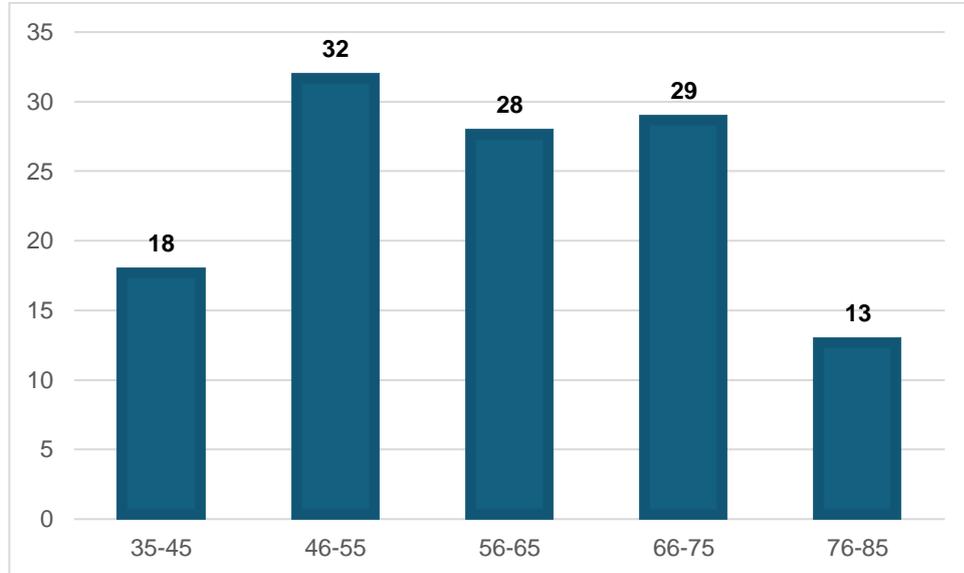
**Autora:** Karen Álvarez

## Presentación y análisis de resultados

### Características Sociodemográficas

#### Figura No. 1 Edad

Figure 2 Edad



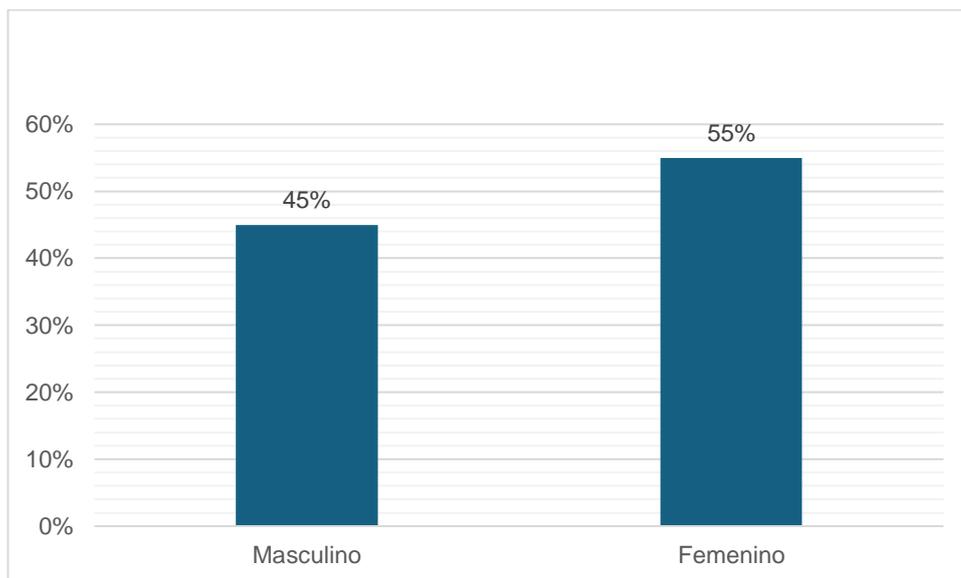
**Autora:** Karen Álvarez

#### **Análisis:**

De acuerdo con la OMS (11), la edad avanzada es considerada una de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, considerando que, a través del tiempo, los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos, deteriorando así, las funciones del corazón. De tal forma, la edad más común en las personas con enfermedades cardiovasculares corresponde a adultos mayores de 65 años. En este estudio, el grupo etario de la población que abarca la mayor parte de la población (26.67%) corresponde a pacientes entre 46 y 55 años, no obstante, es seguido (24.15%) del grupo de pacientes entre 66 y 75 años, y el grupo de pacientes que tienen entre 76 y 85 años es el 10.83% de la población.

## Figura No. 2. Sexo

Figure 3. Sexo



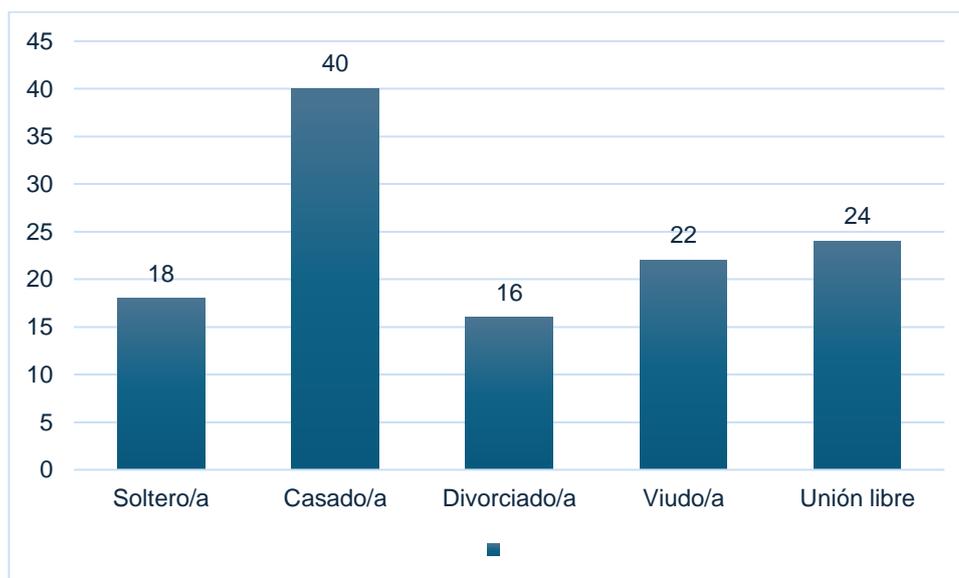
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

Las estadísticas de la OMS (11) refieren que en general, las mujeres de edad avanzada tienden a presentar mayores problemas cardiológicos, además, usualmente presentan una mayor incapacidad funcional que los hombres, siendo ellas quienes presentarán un mayor deterioro de su estado funcional. El estudio concuerda con las cifras de la OMS, el 55% de la población evaluada corresponde al sexo femenino.

### Figura No. 3. Estado civil

Figure 4. Estado civil



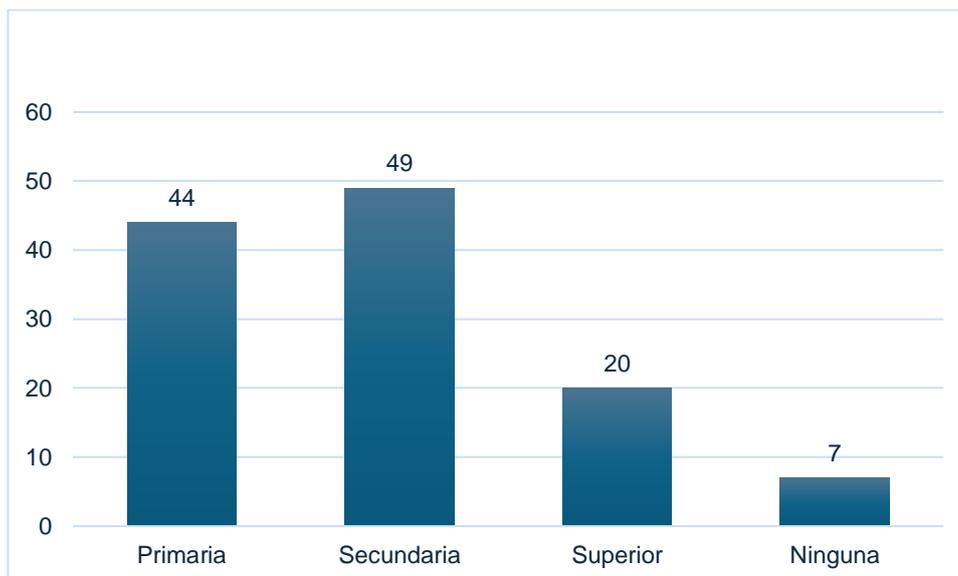
**Autora:** Karen Álvarez

#### **Análisis:**

El estudio hecho por Calle y Ojeda (30) determinó que el estado civil se relaciona directamente con la prevalencia y el manejo de enfermedades cardiovasculares, reflejando que aquellos viudos o separados presentan mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca en comparación a los casados. Se considera que los adultos mayores casados, cuentan con una red de apoyo más sólida, facilitando el acceso de atención médica, además de apoyo emocional, y mejora el estado funcional de los pacientes. En nuestro estudio, se discrepa con lo determinado por Calle y Ojeda, puesto que, el 33.33% de la población es casada, mientras que, el 18.33% es viudo (a) y el 15% es soltero(a), lo que debería responder a que la mayor parte de la población debería contar con una red de apoyo sólida.

#### Figura No. 4. Nivel de Instrucción

Figure 5. Nivel de Instrucción



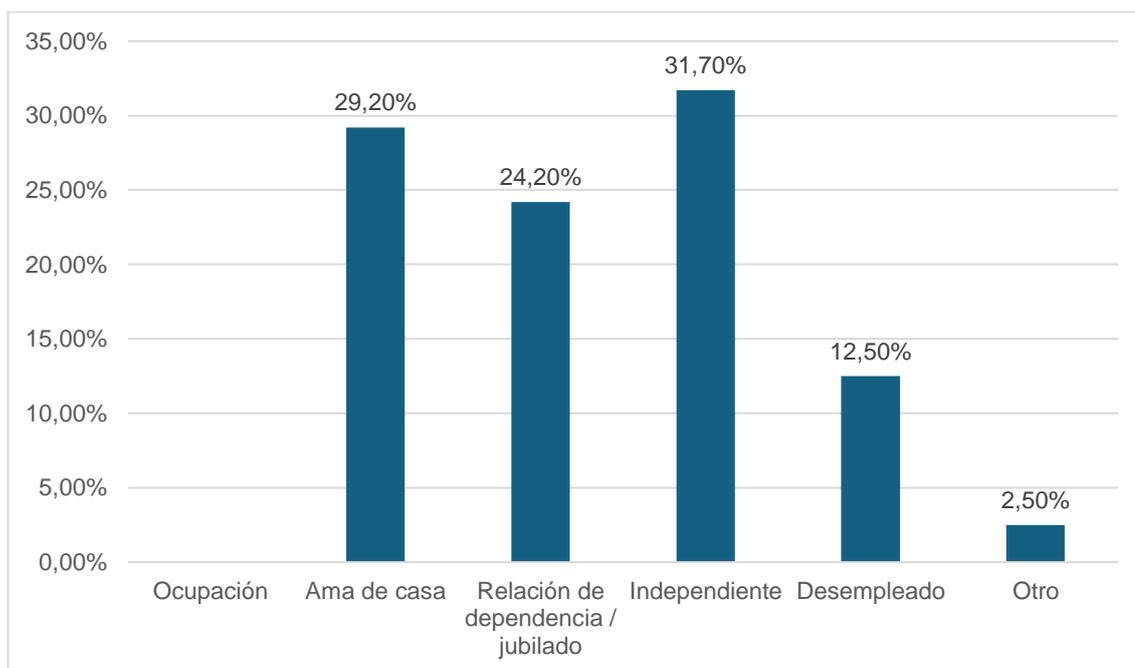
**Autora:** Karen Álvarez

#### **Análisis:**

En nuestro estudio, el 40.83% refiere tener una educación hasta el nivel secundario, seguido del 36.67% ha culminado únicamente la primaria, y el 5.83% no posee ningún tipo de instrucción. Por otra parte, el 16.67% refiere tener un nivel de instrucción superior. El estudio de Calle y Ojeda (5) afirmó que el nivel de instrucción se relaciona estrechamente con factores como la adherencia al tratamiento en caso de enfermedades cardiovasculares, además de influir en la capacidad de los pacientes para participar activamente en su autocuidado, puesto que, las personas con un nivel educativo más alto suelen comprender mejor la importancia de la adhesión a tratamientos con la finalidad de mejorar su estilo de vida, para controlar este tipo de enfermedades cardiovasculares, previniendo complicaciones que puedan deteriorar su estado funcional.

## Figura No. 5. Ocupación

Figure 6. Ocupación.



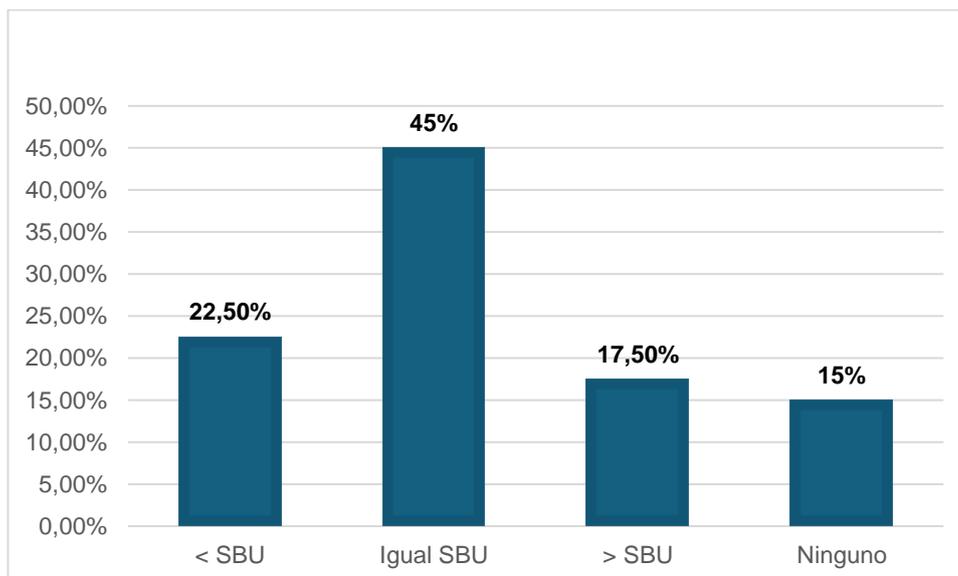
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

La ocupación juega un papel determinante en el estado funcional de pacientes con patologías cardíacas, puesto que, aquellos pacientes sin una ocupación activa presentan una mayor prevalencia y deterioro de su estado funcional a causa de una enfermedad cardiovascular. Mientras que, a aquellos con una ocupación activa, muestran una mejor capacidad para manejar apropiadamente su enfermedad, mejorando así, su estado funcional. En el estudio realizado, el 31.7% labora de forma independiente, seguido del 29.90% que refieren ser amas de casa, no obstante, el 24.2% refiere trabajar en relación de dependencia o ser jubilado, por otro lado, el 2.5% refiere tener otro tipo de ocupación.

## Figura No. 6. Nivel Socioeconómico

Figure 7. Nivel Socioeconómico



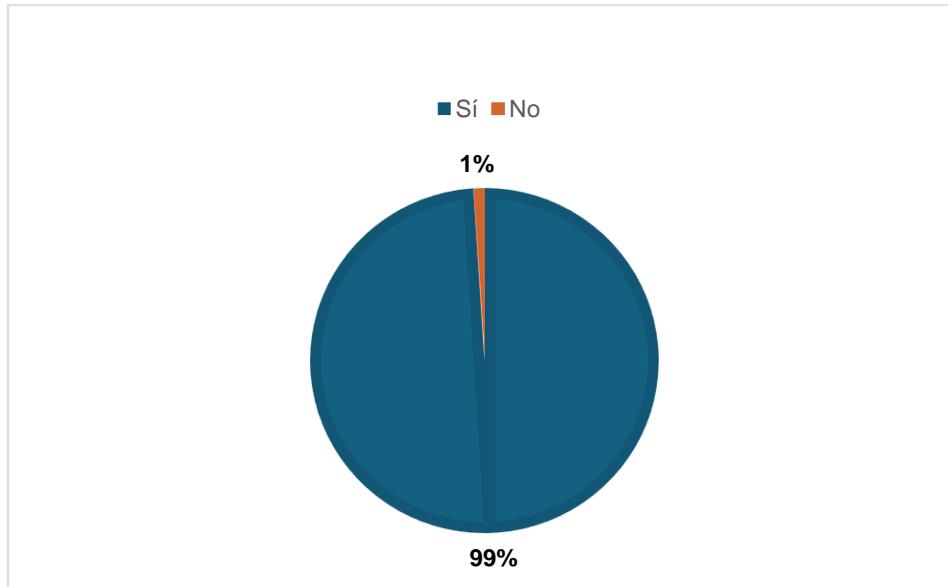
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

El nivel socioeconómico es una variable esencial para comprender tanto la aparición de insuficiencia cardíaca, así como su relación con el estado funcional de los pacientes. En el estudio de Calle y Ojeda (5), se observó que los pacientes de nivel socioeconómico bajo presentaban una mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca y un mayor deterioro de su estado funcional, debido a las barreras económicas y sociales que dificultan el acceso a un tratamiento adecuado y a la adopción de hábitos saludables. En nuestro estudio, el 45% refiere recibir un ingreso mensual igual al de un salario básico unificado (SBU), el 22,58% recibe menos que un SBU mensual, el 17,58% recibe ingresos superiores a un SBU. Por otra parte, el 15% no recibe ningún ingreso. De esta forma, se espera que la mayoría de la población esté al tanto de su enfermedad y se permitan acceder a los tratamientos necesarios para mejorar su calidad de vida y adopte hábitos saludables.

## Figura No. 7. Patología Cardíaca

Figure 8. Patología cardíaca



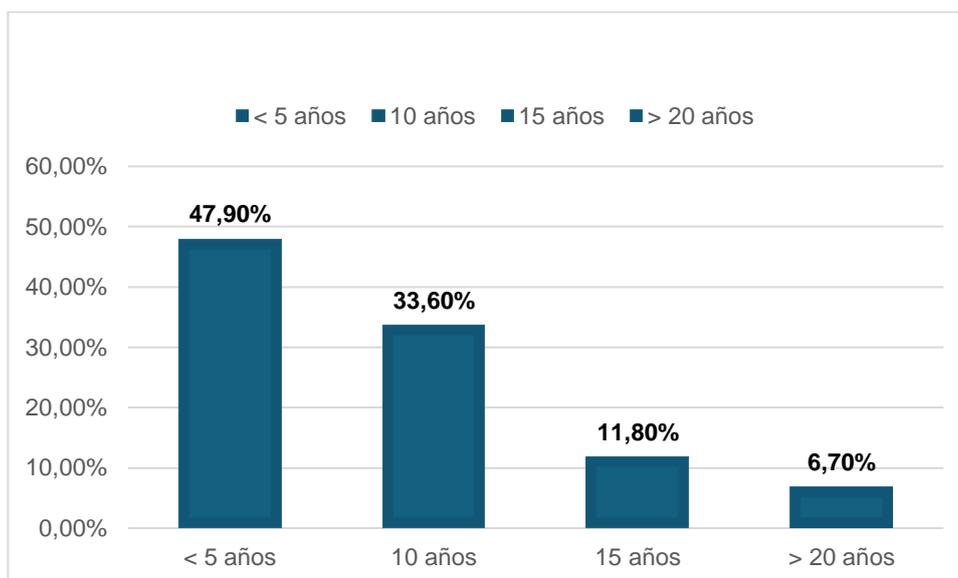
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca y otras patologías cardíacas está intrínsecamente relacionada con la presencia y el control de las enfermedades subyacentes. Los pacientes con una patología cardíaca bien controlada pueden experimentar una mejor calidad de vida, ya que el tratamiento adecuado contribuye a la estabilización de su condición y a la mejora de su capacidad para realizar actividades cotidianas. Esto, a su vez, impacta positivamente en su estado emocional y psicológico, reduciendo el estrés y la ansiedad derivados de la enfermedad. El estudio realizado, refiere que el 99% de los pacientes tienen patologías cardíacas previas, mientras que solo el 1% dice no tenerlas.

## Figura No. 8. Tiempo con Diagnóstico

Figure 9. Tiempo con Diagnóstico



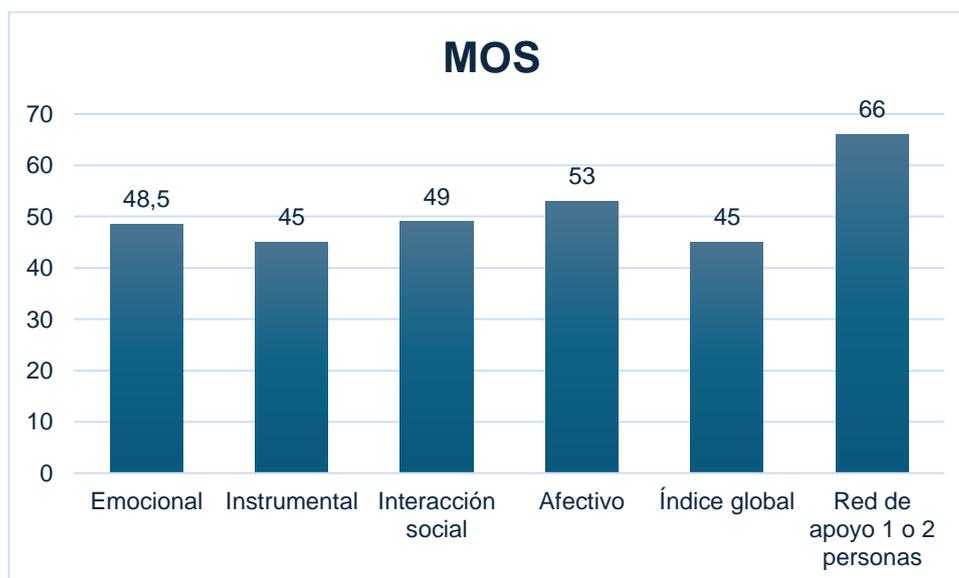
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

El tiempo con diagnóstico también está estrechamente relacionado con la adherencia al tratamiento y el manejo de la patología cardíaca. Los pacientes que han sido diagnosticados durante un período prolongado tienden a estar más familiarizados con las pautas de tratamiento y a tener un historial de control más regular de su enfermedad. Sin embargo, si no han recibido un tratamiento adecuado a lo largo de los años, es probable que su adherencia al tratamiento sea inconsistente, lo que lleva a una mayor posibilidad de complicaciones y una peor evolución de la insuficiencia cardíaca. De los pacientes encuestados, el 47.90% dice que tiene menos de 5 años con el diagnóstico., seguido del 33.68% que tiene 10 años con el diagnóstico, por otra parte, el 11.88% tiene 15 años con el diagnóstico. Mientras que, el 6.7% tiene más de 20 años con el diagnóstico de una patología cardíaca. Por lo tanto, se espera que la mayoría de la población sepa como manejar este tipo de diagnóstico y se adhiera a los tratamientos para mejorar su calidad de vida.

## Figura No. 9. Medical Outcomes Study (MOS)

Figure 10. Medical Outcomes Study



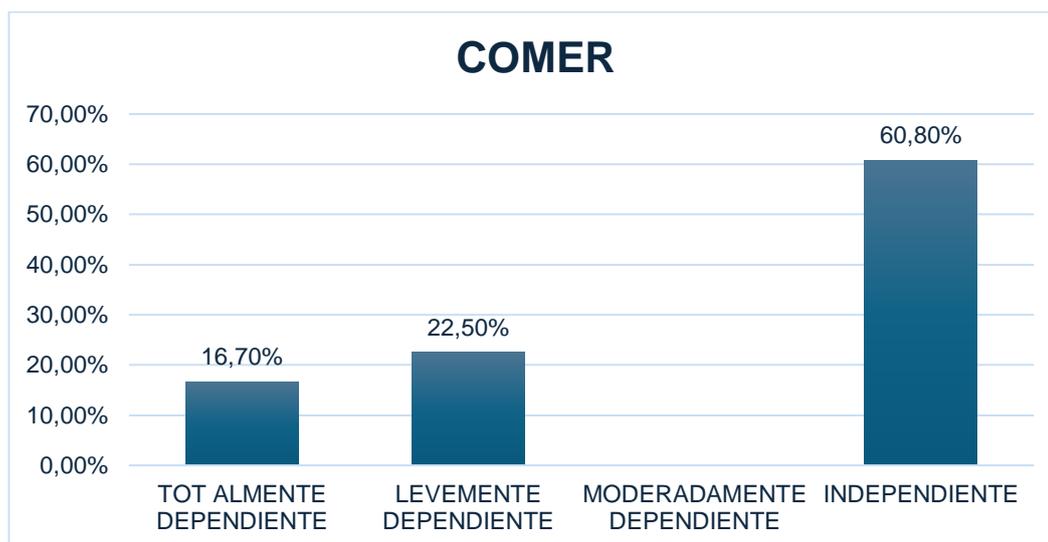
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

El cuestionario MOS, siendo una herramienta de evaluación utilizada para medir la calidad de vida (25) relacionada con la salud en pacientes con enfermedades crónicas como lo pueden ser las patologías cardiovasculares, nos permite comprender cómo variables como el apoyo social, los síntomas, y el estado de salud en general influyen en la calidad de vida de pacientes con estas patologías cardiovasculares. En nuestro estudio, se pudo determinar que los pacientes se sienten estables a nivel emocional, instrumental, afectivo y de interacción social. Puesto que, de forma general, superan la puntuación máxima. No obstante, existe un porcentaje de la población que considera que no tiene una red de apoyo para sobrellevar su enfermedad.

## Figura No. 10 ABVD según el Índice de Barthel

Figure 11. ABVD - Comer



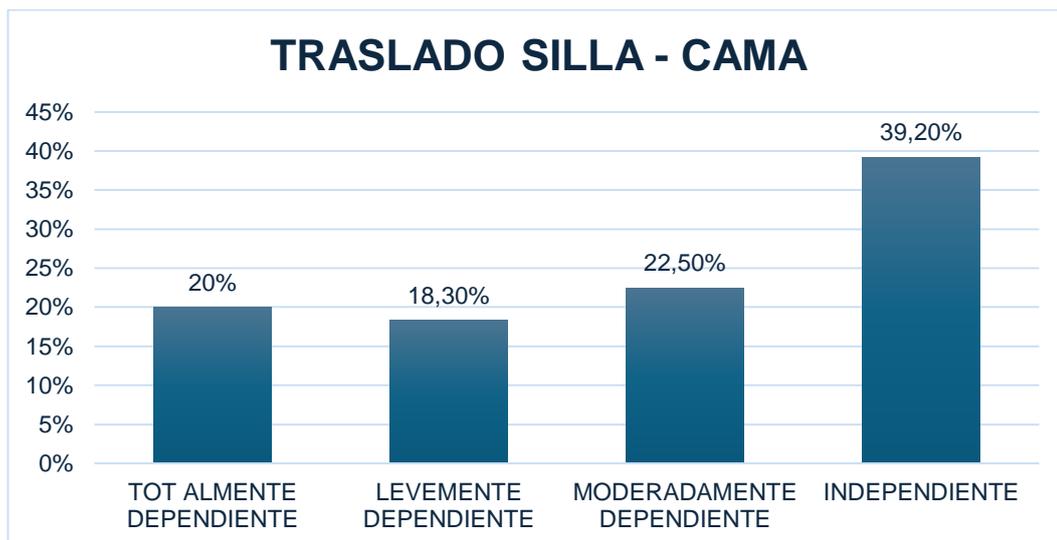
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

Con respecto al consumo de bebidas o alimentos, el 60.80% de la población encuestada refiere comer de forma totalmente independiente, reflejando que la mayoría es capaz de alimentarse sin asistencia, reflejando una elevada funcionalidad en esta actividad básica de la vida diaria. Sin embargo, un 22.50% refiere ser levemente dependiente, por lo que podemos ver un cierto grado de autonomía a pesar de necesitar un apoyo parcial, probablemente debido a limitaciones físicas, fatiga o complicaciones de su condición cardiovascular. Finalmente, un 16.70% de los encuestados, es totalmente dependiente para comer mostrando una afectación significativa de su estado funcional, requiriendo total apoyo para esta ABVD.

## Figura No. 11 Traslado Silla – Cama

Figure 12. ABVD – Traslado silla - cama



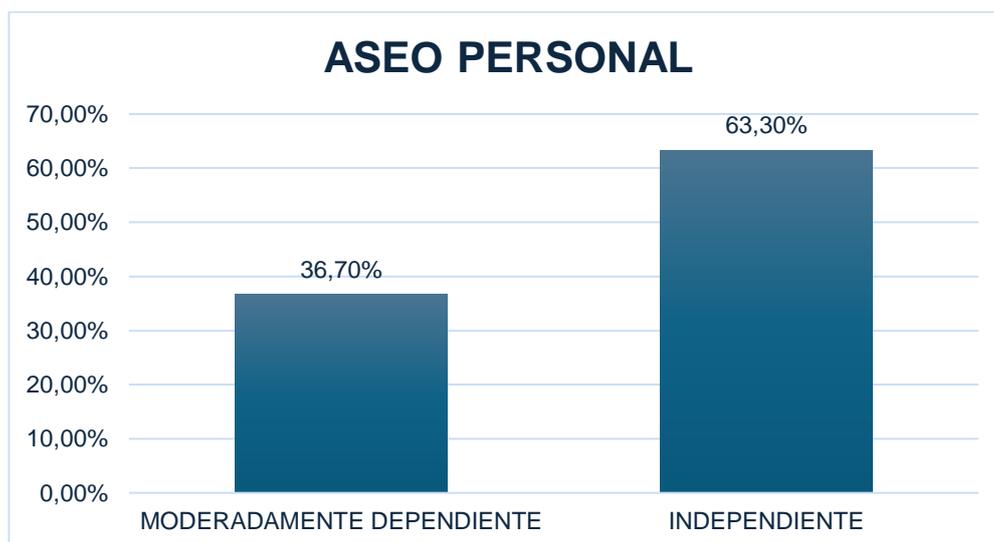
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

En pacientes cardiovasculares, la capacidad motora que les permite su traslado, se puede ver afectada por factores como; debilidad muscular, fatiga, disnea o complicaciones asociadas a la enfermedad. En el estudio realizado, 39.20% de los pacientes son independientes para realizar el traslado, indicando que una considerable parte de la población mantiene un alto nivel en esta actividad física. Sin embargo, un 20% de los pacientes es totalmente dependiente, lo que supone una pérdida significativa en cuanto al desarrollo de esta actividad, implicando una total dependencia a un cuidador o un dispositivo de apoyo. Por otra parte, el 22.50% es moderadamente dependiente para trasladarse, no así, con el 18.30% que son levemente dependiente para realizar el traslado de forma segura.

## Figura No. 12. Aseo personal

Figure 13 ABVD – Aseo personal



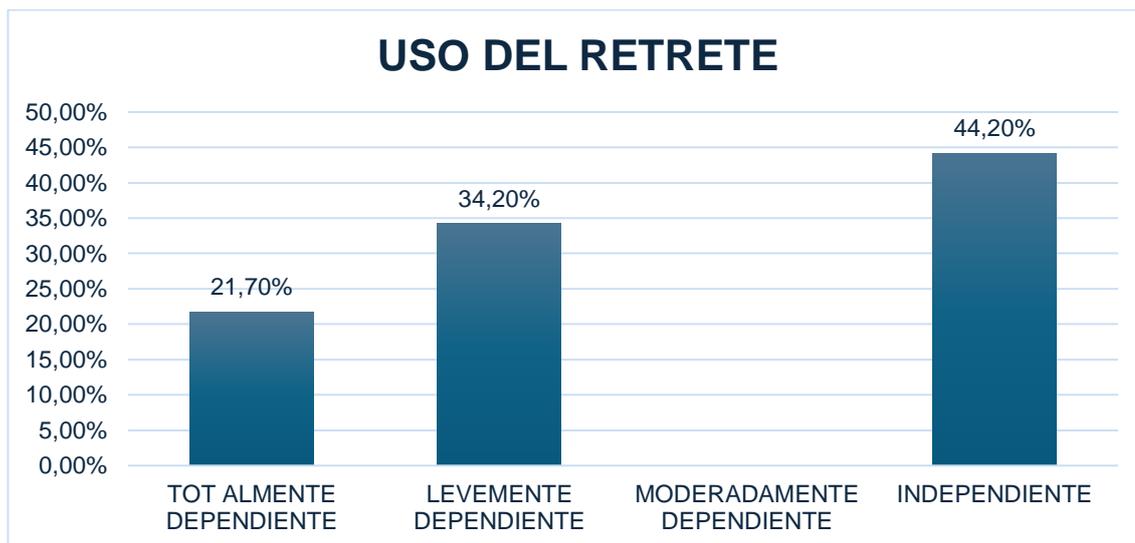
**Autora:** Karen Álvarez

**Análisis:**

En el estudio realizado, se pudo identificar que el 63.30% de los pacientes es totalmente independiente para realizar esta actividad, lo que nos indica que la mayor parte de la población conserva la completa funcionalidad para llevar a cabo esta actividad, sugiriendo que su patología cardiovascular no le impide mantener un estado funcional en este aspecto. No obstante, el 36.70% de la población es totalmente dependiente, demostrando que existe una incapacidad significativa, dicha dependencia puede vincularse a complicaciones derivadas de la patología cardiovascular que padece el paciente, por tal motivo, el apoyo constante de un cuidador o profesional de salud es necesario en una parte significativa de la población.

### Figura No. 13. Uso del retrete

Figure 14 ABVD – Uso del retrete



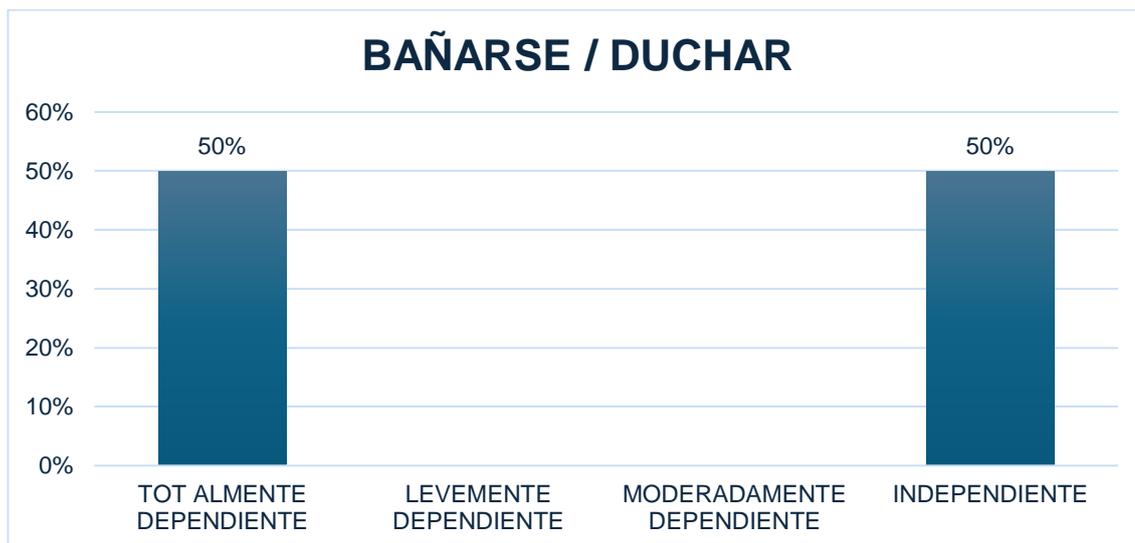
**Autora:** Karen Álvarez

**Análisis:**

Con respecto al uso del retrete, se pudo identificar que el 44.20% de la población encuestada es totalmente independiente para realizar dicha actividad sin asistencia, por lo tanto, casi la mitad de la población mantiene la funcionalidad en el desarrollo de dicha actividad. Sin embargo, el 34.20% refirió ser levemente dependiente, lo que nos indica que dichos pacientes son capaces de ejecutar la tarea, con un apoyo ocasional. Por otro lado, el 21.70% de los pacientes es totalmente dependiente, lo que significa que requieren una asistencia completa para trasladarse usar y asearse en el retrete. Esta necesidad de apoyo puede estar relacionada con posibles complicaciones derivadas de la enfermedad; fatiga severa, problemas de movilidad, debilidad muscular, entre otras.

## Figura No. 14. Bañarse / duchar

Figure 15 ABVD – Bañarse / duchar



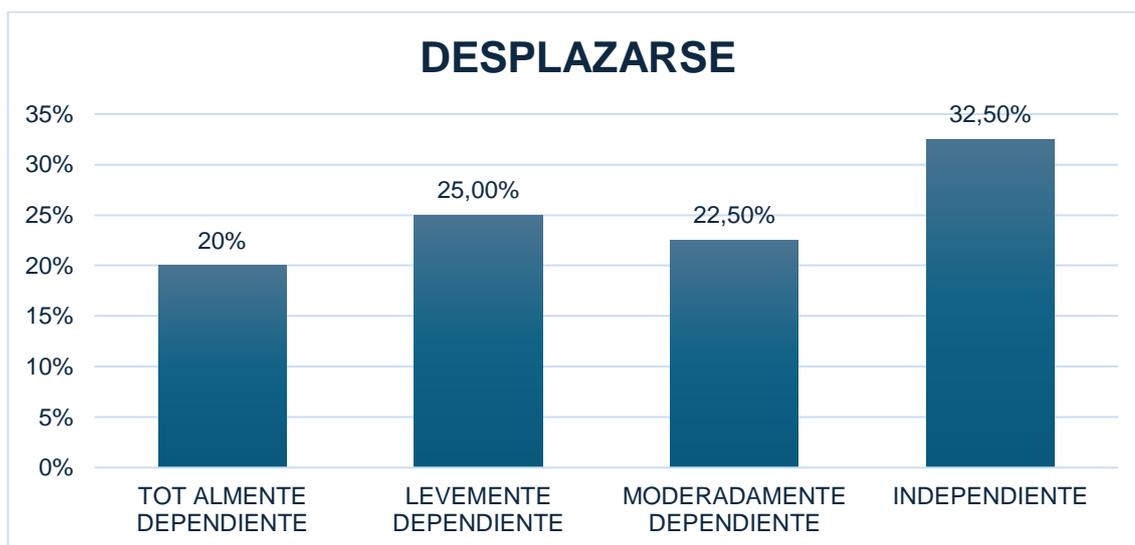
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

En este estudio, se pudo encontrar que el 50% de pacientes encuestados es totalmente independiente para bañarse o ducharse, indicando que la mitad de la población evaluada mantiene la funcionalidad para realizar esta actividad sin ningún tipo de asistencia. Este resultado sugiere que conservan un estado funcional alto en estos pacientes. Por otra parte, la otra mitad de la población (50%) manifestó ser totalmente dependiente para bañarse o ducharse. Este resultado puede estar relacionado con las complicaciones derivadas de la enfermedad, además de factores individuales que pueden influenciar en el deterioro de las capacidades físicas de los pacientes.

## Figura No. 15. Desplazarse

Figure 16. ABVD - Desplazarse



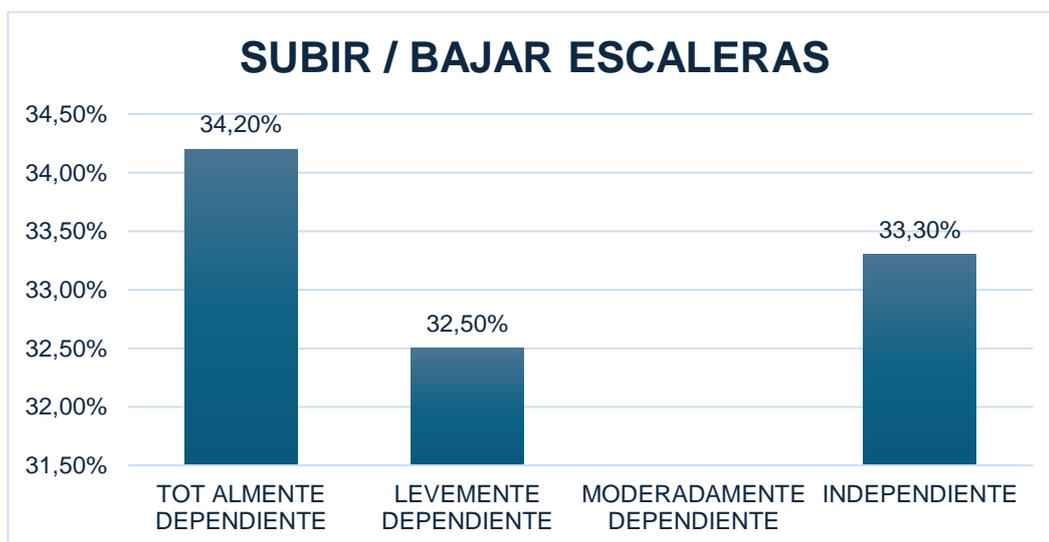
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

En pacientes cardiovasculares, la movilidad puede verse comprometida por síntomas como disnea, fatiga, debilidad muscular o problemas de equilibrio. En este estudio, 32.50% de los participantes es totalmente independiente para desplazarse, revelando que una significativa parte de los encuestados mantiene la capacidad de moverse sin asistencia. Sin embargo, el 25% es levemente dependiente, lo que significa que existe la necesidad ocasional de apoyo, ya sea por fatiga o dificultad en la marcha. Por otra parte, 22.50% de la población es moderadamente dependiente al desplazarse, lo que significa que requieren el apoyo frecuente de otra persona o dispositivos de ayuda como bastones, andadores o sillas de ruedas. No es así con el 20% de los encuestados que son totalmente dependientes para desplazarse, lo que supone una necesidad completa de apoyo para desplazarse, evidenciando una limitación funcional severa.

## Figura No. 16. Subir / Bajar escaleras

Figure 17 ABVD – Subir / Bajar escaleras



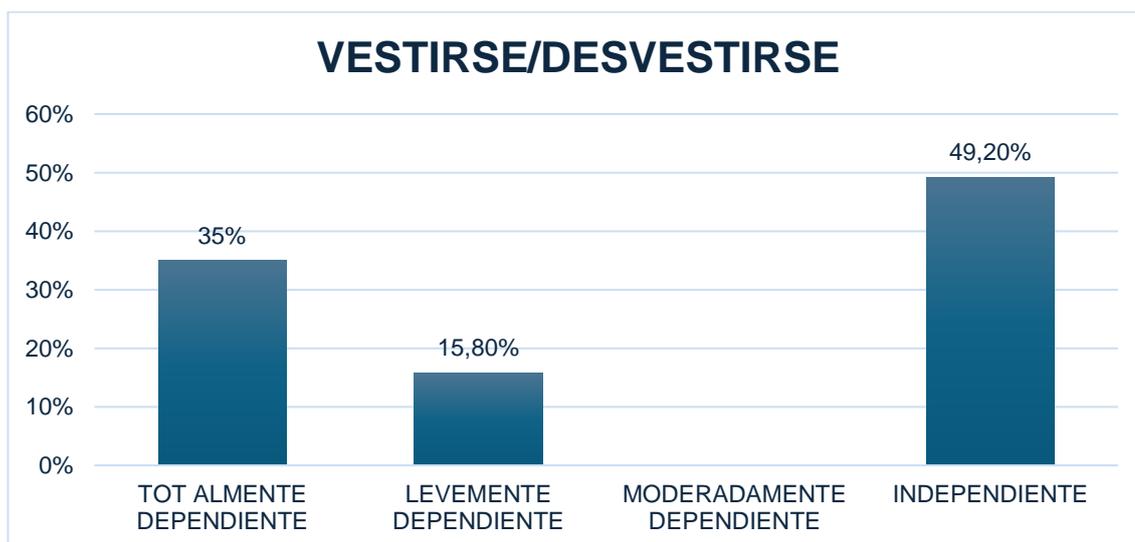
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

En el estudio se encontró que el 33.30% de los participantes es totalmente independiente para subir y bajar escaleras, indicando que tienen total autonomía para desarrollar esta actividad. Sin embargo, el 32.5% presenta una leve dependencia, sugiriendo que, en ocasiones, los pacientes pueden necesitar apoyo ocasional debido a limitaciones en la resistencia y/o equilibrio. Por otro lado, 34.20% de los encuestados son totalmente dependientes, lo que implica que necesitan una asistencia completa para realizar dicha actividad puesto que, tienen una afección severa que les impide llevar a cabo con la misma.

## Figura No. 17. Vestirse / Desvestirse

Figure 18 ABVD – Vestirse / Desvestirse



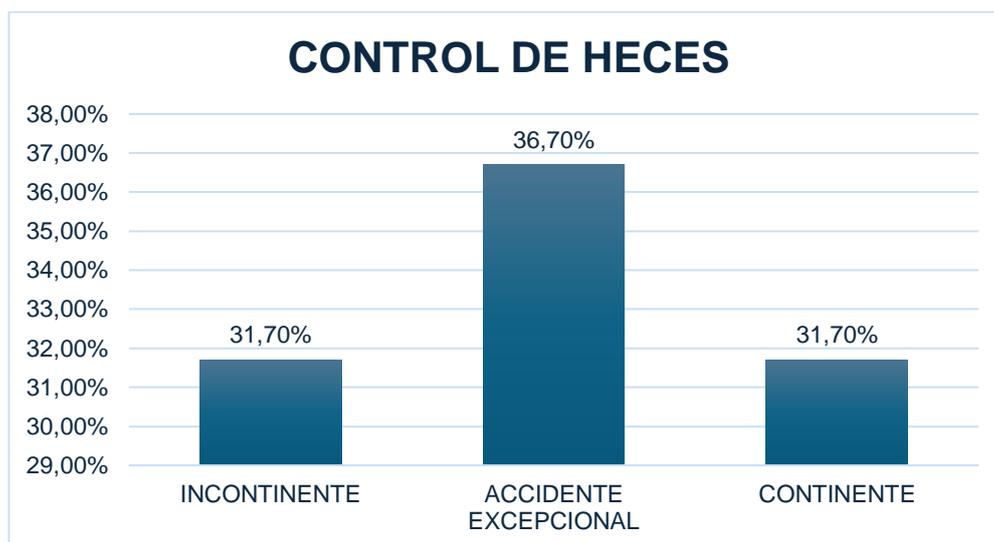
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como vestirse y desvestirse en personas con patologías cardiovasculares pueden afectarse por limitaciones motoras, fatiga, disnea o debilidad muscular, además de, posibles factores individuales como la edad, padecimiento de otras patologías, entre otras. En el estudio, 49.20% es totalmente independiente para vestirse y desvestirse, lo que nos indica que casi la mitad de la población mantiene la capacidad de realizar esta actividad sin ayuda. Sin embargo, el 15.80% presenta una leve dependencia, lo que supone que, en ocasiones, es necesario un apoyo por una posible dificultad para la movilización de los miembros superiores para el desarrollo de esta actividad. Por otro lado, 35% de los pacientes es totalmente dependiente, implicando la necesidad de una asistencia completa par vestirse y desvestirse, este porcentaje de los encuestados, puede estar relacionado con un mayor deterioro físico como consecuencia de la enfermedad.

## Figura No. 18. Control de Heces

Figure 19 ABVD – Control de Heces



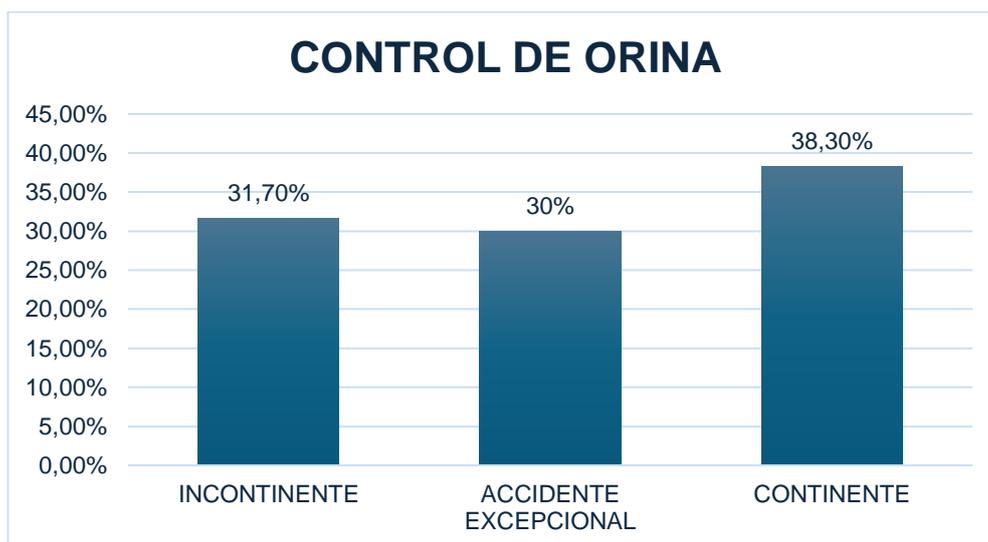
**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

En pacientes con patologías cardiovasculares, factores como, la debilidad muscular, efectos secundarios de la medicación, o deterioro neurológico asociado a eventos cardiovasculares pueden afectar la continencia de materia fecal. En el estudio, un 31.70% de la población es completamente continente, sin embargo, un 36.70% presenta accidentes ocasionales, lo que sugiere que experimentan episodios esporádicos de incontinencia. Por otro lado, un 31.70% de los pacientes es totalmente incontinente, esto puede significar que esta parte de la población ha perdido la funcionalidad de esta actividad, puede relacionarse con el impacto de la enfermedad cardiovascular en el sistema nervioso. O limitaciones físicas severas.

## Figura No. 19. Control de Orina

Figure 20 ABVD – Control de Orina



**Autora:** Karen Álvarez

### **Análisis:**

En este estudio, el 38.3% de los participantes es continente, indicando que más de un tercio de la población mantiene el control adecuado de la micción, sin presentar dificultades significativas. Sin embargo, un 30% presenta accidentes ocasionales, lo que sugiere que este porcentaje experimenta episodios esporádicos de incontinencia, probablemente relacionado con factores individuales o los derivados de la enfermedad. Por otro lado, un 31.70% de los pacientes es totalmente incontinente, esto implica que han perdido totalmente el control sobre la micción, esto puede resultar en una significativa disminución de la calidad de vida y la autonomía. Dicha incontinencia puede relacionarse con debilidad en los músculos del suelo pélvico, alteraciones en el sistema nervioso, o presencia de comorbilidades asociadas a la enfermedad cardiovascular.

## Discusión

Con respecto al análisis del estado funcional de los pacientes con insuficiencia cardíaca en las dimensiones de; características sociodemográficas; que abordan los aspectos individuales de cada persona tales como, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación y el tiempo con el diagnóstico, que de acuerdo con la OMS (1) influyen directamente en las prácticas habituales con que las personas que tienen patologías cardíaca afrontan la enfermedad y realizan sus actividades de la vida diaria (ABVD), en el estudio realizado se pudo evidenciar que los datos de la OMS concuerdan con los hallazgos del estudio pues 89 de los 120 participantes se encuentran en el rango etario de 46-55 años, clasificados como adultos en edad media por la OMS (2), lo que supone un factor común con predisposición a un mejor estado funcional para el desarrollo de las ABVD. Adicionalmente, el 55% de la población era del sexo femenino, concordando con las estadísticas de la OMS, pues las mujeres tienden a presentar con mayor frecuencia problemas cardiológicos.

En un estudio hecho por Calle y Ojeda (3) se determinó también que el estado civil de las personas con problemas cardíacos influye en la forma en que sobrellevan la enfermedad, resultando en que aquellos que son casados cuentan con una red de apoyo estable, facilitando el acceso a los servicios de salud, además de apoyo emocional, y mejora el estado funcional de los pacientes, esto concuerda con nuestro estudio, pues 40 de los 120 pacientes son casados, 24 se encuentran en unión libre, 22 son viudos, 18 refieren ser solteros, y 16 son divorciados. Además, Calle y Ojeda concluyeron que aquellos con un mayor nivel educativo tienden a comprender mejor la importancia de la adhesión a los tratamientos médicos para mejorar su calidad de vida cuando padecen una patología cardíaca, ambos aspectos previenen que los pacientes sufran un deterioro en el estado funcional de su capacidad de desarrollar las ABVD, en el estudio, 49 de los 120 participantes tiene un grado de escolaridad de secundaria, 44 sólo han completado la primaria y únicamente 20 poseen un grado de educación superior. Mientras que, 7 participantes no poseen ningún tipo de instrucción.

Entre otros factores que influyen en el estado funcional de pacientes cardíacos, se encuentra la ocupación de los pacientes, se espera que aquellos

que no tienen una ocupación, los lleva a un estilo de vida más sedentario y menos funcional que aquellos que se mantienen activos mediante el desarrollo de actividades donde reciben una retribución económica, laborando en relación de dependencia / jubilados o trabajadores independientes, e incluso quienes realizan actividades del hogar (ama de casa), entre otras. En el estudio realizado, el 31.70% refieren laborar de forma independiente, 29.20% realizan actividades del hogar (ama de casa). Teniendo en cuenta estos resultados, es normal que el 45% perciban un ingreso igual a un Salario Básico Unificado (SBU), 22.50% reciben un ingreso inferior a un SBU, 17.50% generan ingresos superiores a un SBU y el 15% no reciben ingreso alguno. Estos datos económicos nos llevan a concluir que aquellas personas sin ocupación y sin un ingreso económico de al menos un SBU, enfrentarán mayores barreras económicas y sociales para sobrellevar el desarrollo de las ABVD, puesto que, se encontrarán con un menor acceso a un tratamiento, además de un deterioro en el estado funcional por hábitos inadecuados por falta de ingresos económicos.

El 99% de los pacientes encuestados refirieron tener diagnosticada una patología cardíaca, entre ellos, el 47.90% lleva menos de 5 años con el diagnóstico, 33.60% tiene al menos 10 años viviendo con su diagnóstico, 11.80% tiene 15 años y el 6.70% tiene más de 20 años viviendo con una patología cardíaca. El tiempo con diagnóstico está estrechamente relacionado con la adherencia al tratamiento y el manejo de la patología cardíaca. Los pacientes que han sido diagnosticados durante un período prolongado tienden a estar más familiarizados con las pautas de tratamiento y a tener un historial de control más regular de su enfermedad. Sin embargo, si no han recibido un tratamiento adecuado a lo largo de los años, es probable que su adherencia al tratamiento sea inconsistente, lo que lleva a una mayor posibilidad de complicaciones y una peor evolución de la insuficiencia cardíaca.

Además de la dimensión de características sociodemográficas, se llevó a cabo el análisis de la escala de adaptación social (MOS) de Blake y Mckay (4) quienes crearon esta escala como una herramienta para medir la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, como lo son las patologías cardíacas, dicha escala nos permite ayuda a comprender cómo variables

como el apoyo social, síntomas, y el estado de salud general influyen en su calidad de vida, además de la funcionalidad de los mismos en el desarrollo de ABVD. En el estudio realizado, se pudo determinar que los pacientes se sienten estables a nivel emocional, instrumental, afectivo y de interacción social, de forma general superan la puntuación máxima en la escala que es de 40, teniendo como puntuación media en el cuestionario aplicado a los participantes es de 48.1. Adicionalmente, 66 de los participantes refieren tener una red de apoyo de 1 o 2 personas, por lo tanto, se espera que incluso si su estado funcional de forma general, al menos la mitad de los participantes cuentan con una red de apoyo que los asistirá en caso de ser leve o moderadamente dependiente en la realización de sus ABVD.

En cuanto a la Escala de Barthel creada por Mahoney y Barthel (5), que es una herramienta para medir la capacidad funcional de las personas para realizar ABVD, donde a cada actividad se le asignan puntos, permitiendo así evaluar el nivel de dependencia o independencia de una persona en función a su capacidad para realizarlas. En el estudio realizado, se midieron las ABVD como; comer, traslado silla – cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse o ducharse, desplazarse, subir y bajar las escaleras, vestirse y desvestirse, además del control de heces y control de orina. Tomando los resultados referidos por las personas encuestadas, la media es de 57.42, lo que supone que los participantes tienen un nivel moderado de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

## Conclusiones

- De acuerdo con los resultados del índice de Barthel aplicado a 120 pacientes que padecen patologías cardíacas, se obtuvo una media del 57.42, considerando lo referido por Mahoney y mencionado por Rubiales (6), que la calificación final va entre 0 y 100, en escala de 5 en 5, por lo tanto, el nivel de dependencia es moderado.
- En el estudio realizado, el 55% de los participantes son del sexo femenino, por lo tanto, se presume que el estado funcional de los pacientes del estudio es moderadamente dependiente.
- No obstante, las actividades que requieren un esfuerzo musculoesquelético por parte de los pacientes tales como; el traslado de la silla a la cama, uso del retrete, desplazarse, bañarse y/o ducharse, vestirse y desvestirse, además de subir y bajar las escaleras. Por otra parte, los participantes mostraron un alto nivel de independencia en actividades como comer, aseo personal, y el control de heces y orina.

## Recomendaciones

- **Rehabilitación funcional.** Se sugiere implementar programas de fisioterapia y terapia ocupacional para motivar a los pacientes a mejorar su movilidad y fortalecer el sistema musculoesquelético, esto se puede llevar a cabo creando protocolos de seguimiento a pacientes con patologías cardíacas, sobre todo, aquellos que refieren un nivel de dependencia moderada.
- **Adaptación del entorno hospitalario.** Crear espacios accesibles, utilizando barandillas, rampas, y baños adaptados para mejorar la seguridad y autonomía de los pacientes.
- **Capacitación continua al personal de salud.** Realizar talleres sobre el manejo de pacientes con movilidad reducida fomentando la educación en ergonomía y traslado seguro de los pacientes.
- **Educación al paciente y la familia.** Brindar orientación sobre ejercicios y cuidados post hospitalaria para promover un estado de funcional alto en los pacientes con patologías cardíacas.

## REFERENCIAS

1. Martín J, Carvajal A, Arantzamendi M. Instrumentos para valorar al paciente con insuficiencia cardíaca avanzada: una revisión de la literatura. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. diciembre de 2015 [citado el 3 de agosto de 2024];38(3):439–52. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272015000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272015000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Bastidas Sánchez CV, Olivella Fernández M, Bonilla Ibáñez CP. Asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular. *Avances en Enfermería* [Internet]. enero de 2012 [citado el 3 de agosto de 2024];30(1):42–54. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-45002012000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002012000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
3. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* [Internet]. diciembre de 2004 [citado el 3 de agosto de 2024];11(8):53–62. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-80462004000800004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462004000800004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
4. Cardona H, Jiménez A, Vitery J. Evaluación funcional del adulto mayor con enfermedad cardiovascular durante la hospitalización: Scoping Review. 2002 [citado el 3 de agosto de 2024]; Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/360694332\\_Evaluacion\\_funcional\\_del\\_adulto\\_mayor\\_con\\_enfermedad\\_cardiovascular\\_durante\\_la\\_hospitalizacion\\_Scoping\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/360694332_Evaluacion_funcional_del_adulto_mayor_con_enfermedad_cardiovascular_durante_la_hospitalizacion_Scoping_Review)
5. Calle Crespo AP, Ojeda Orellana KP. Prevalencia y factores asociados a insuficiencia cardíaca en adultos mayores. Hospital Homero Castanier Crespo, 2015-2019. *Rev Fac Cienc Méd Univ Cuenca* [Internet]. el 29 de marzo de 2022 [citado el 3 de agosto de 2024];39(2). Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3932>
6. OMS. Non communicable diseases [Internet]. 2023 [citado el 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
7. Batista Mendoza G, Giraldo Puentes GA, Rosero Palacios E, Brett Cano PJ, Ramírez Reyes KT, Zapata Valencia CM, et al. Investigación latinoamericana en falla cardíaca: análisis visual y bibliométrico de los últimos 20 años. *Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc* [Internet]. [citado el 3 de agosto de 2024];4(4):141–50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10824750/>
8. Guamán Charco ED, Henríquez AR. Carga de enfermedad por insuficiencia cardíaca en Ecuador durante el periodo 2014-2018. *Metro*

Ciencia [Internet]. el 30 de noviembre de 2021 [citado el 3 de agosto de 2024];29((suppl 2)):83–5. Disponible en: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/371>

9. Hospital Guayaquil. HOSPITAL GUAYAQUIL CUENTA CON PROGRAMA DE CONTROL DE INSUFICIENCIA CARDIACA [Internet]. 2024 [citado el 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.hagp.gob.ec/index.php/sala-de-prensa/boletines-prensa/822-hospital-guayaquil-cuenta-con-programa-de-control-de-insuficiencia-cardiaca>
10. PAHO. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2021 [citado el 31 de octubre de 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
11. WHO. Global health estimates: Leading causes of death [Internet]. 2021 [citado el 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
12. PAHO. Health in the Americas+, 2017 Edition. Summary: Regional Outlook and Country Profiles. 2017;
13. CEPAL. Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2023 [citado el 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/68552-salud-desigualdad-america-latina-caribe-la-centralidad-la-salud-desarrollo>
14. INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas Vitales. [Internet]. 2021 [citado el 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
15. MSP. MSP previene enfermedades cardiovasculares con estrategias para disminuir los factores de riesgo – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2021 [citado el 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-previene-enfermedades-cardiovasculares-con-estrategias-para-disminuir-los-factores-de-riesgo/>
16. Santander M. DISLIPIDEMIA Y FACTOR DE RIESGO CORONARIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL IESS QUEVEDO PERIODO ENERO-JULIO 2024. 2024.
17. Roger VL, Sidney S, Fairchild AL, Howard VJ, Labarthe DR, Shay CM, et al. Recommendations for Cardiovascular Health and Disease Surveillance for 2030 and Beyond: A Policy Statement From the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. el 3 de marzo de 2020 [citado el 31 de octubre de 2024];141(9):e104–19. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000756>

18. Rodríguez - Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar - Castellón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. Revista Española de Cardiología [Internet]. el 1 de enero de 2004 [citado el 31 de octubre de 2024];57(2):163–70. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893204770803>
19. Aldama López G, Piñeiro Portela M, Campo Pérez R, Piñón Esteban P, Aldama López G, Piñeiro Portela M, et al. Insuficiencia cardíaca: concepto, epidemiología, clasificación, etiología y fisiopatología. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2005 [citado el 31 de octubre de 2024];9(35):2279–90. Disponible en: <https://portalcientifico.sergas.es/documentos/63364d0eb9be37379c02ecc8?lang=es>
20. Segovia Cubero J, Alonso-Pulpón Rivera L, Peraira Moral R, Silva Melchor L. Etiología y evaluación diagnóstica en la insuficiencia cardíaca. Revista Española de Cardiología [Internet]. el 1 de enero de 2004 [citado el 31 de octubre de 2024];57(3):250–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893204770979>
21. MIES. ÍNDICE DE BARTHEL (IB). 1993.
22. MIT Centro de Día. MIT Centro de día Madrid. 2019 [citado el 31 de octubre de 2024]. Actividades de la vida diaria (AVDs). Qué son y tipos. Disponible en: <https://mitcentrodedia.es/actividades-de-la-vida-diaria/>
23. Pérez Sandoval L, Moreno García JR, Barboza Galindo AP. Clúster de síntomas en insuficiencia cardíaca avanzada: una revisión sistemática | Revista Cuidarte [Internet]. 2021 [citado el 31 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1302>
24. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of Practice. Mosby; 2001. 568 p.
25. De La Revilla L, Bailón Muñoz E. El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), un instrumento para evaluar el apoyo social [Internet]. 2021 [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25685w/Comunidad%20semFYC%20\\_%20EI%20cCuestionario%20Medical%20Outcomes.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25685w/Comunidad%20semFYC%20_%20EI%20cCuestionario%20Medical%20Outcomes.pdf)
26. Piqueras M. Sanitas. [citado el 30 de marzo de 2025]. La Escala de Barthel: qué es y cómo funciona. Disponible en: <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/demencias/escala-barthel>
27. Rubiales E. Índice de Barthel [Internet]. SAMIUC. 2024 [citado el 30 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.samiuc.es/indice-de-barthel/>
28. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. 2008 [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.defensa.gob.ec/wp->

content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador\_act\_ene-2021.pdf

29. MSP. Ley Orgánica de Salud. 2015.
30. Calle AP, Ojeda KP. Prevalencia y factores asociados a insuficiencia cardiaca en adultos mayores. Hospital Homero Castanier Crespo, 2015-2019. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca [Internet]. 2021 [citado el 14 de marzo de 2025];39(2). Disponible en:  
<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3932>

# **ANEXOS**



Oficio N. HGNGC-SDI-20250425-1

Guayaquil, 28 de Abril del 2025

## CERTIFICADO

La Subdirección de Docencia e Investigación del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos CERTIFICA que se ha revisado y aprobado el Proyecto Final de Titulación presentado por la Interna Rotativa de Enfermería:

-Karen Andreina Alvarez Narváez C.I: 0923806826

La estudiante en mención pertenece a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, cuyo tema es: "ESTADO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOLÓGICOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA CARDIOLÓGICA DEL HOSPITAL ESS LOS CEIBOS, AÑO 2024 ", este documento ha cumplido con los requisitos académicos, éticos y metodológicos establecidos para su validación y aprobación en el marco del convenio de cooperación interinstitucional.

El presente certificado se emite a solicitud de las interesadas para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,



Dra. Deborah Denisse Gaibor Santos.  
Responsable de la Subdirección de Docencia e Investigación (E)

Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos



Guayaquil, 19 de febrero del 2025

**Srta. Karen Andreina Álvarez Narváez**  
Estudiante de la Carrera de Enfermería  
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



Facultad de Ciencias  
de la Salud

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez le comunico, que su tema de trabajo de titulación, "Estado funcional de los pacientes con problemas cardiológicos que asisten a la consulta cardiológica de un Hospital de Guayaquil, año 2024" ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Lic. Julia Garrido

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

Me despido deseándole 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

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

cc. Archivo





## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Álvarez Narváez, Karen Andreina**, con C.C: # **0923606826** autora del trabajo de titulación: **Estado funcional de los pacientes con problemas cardiológicos que asisten a la consulta cardiológica de un hospital de Guayaquil, año 2024**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 02 de mayo del 2025

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Álvarez Narváez, Karen Andreina**

C.C: **0923606826**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Estado funcional de los pacientes con problemas cardiológicos que asisten a la consulta cardiológica de un hospital de Guayaquil, año 2024.		
AUTOR(ES)	Álvarez Narváez, Karen Andreina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Garrido, Julia Yndeliria, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de mayo del 2025	No. DE PÁGINAS:	56
ÁREAS TEMÁTICAS:	Enfermedades crónicas, degenerativas, Salud pública		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	ABVD, cardiología, índice de Barthel, MOS, calidad de vida, estado funcional.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): La insuficiencia cardíaca es una condición clínica prevalente que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes y su capacidad para realizar actividades diarias. <b>OBJETIVO:</b> Determinar el estado funcional de los pacientes con Insuficiencia cardíaca ingresados en el área de cardiología de un Hospital de Guayaquil, año 2024. <b>METODOLOGÍA:</b> Estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, de corte transversal. <b>POBLACIÓN:</b> 120 pacientes con insuficiencia cardíaca que acuden a la consulta de un hospital de la ciudad de Guayaquil. <b>TÉCNICA:</b> Encuesta. <b>INSTRUMENTO:</b> Índice de Barthel y MOS. <b>RESULTADOS:</b> 26.67% tienen entre 46 y 55 años, 55% son del sexo femenino, 33.33% son casados, 40.83% concluyeron la secundaria, 31.70% trabajan de forma independiente, 45% perciben un SBU, 99% padecen de una patología cardíaca, 47.90% llevan menos de 5 años con el diagnóstico, más del 50% sienten apoyo social, y la media del índice de Barthel es de 57.42, por lo que el nivel de dependencia es moderado. <b>CONCLUSIÓN:</b> En el estudio realizado, el 55% de los participantes son del sexo femenino, por lo tanto, se presume que el estado funcional de los pacientes del estudio es moderadamente dependiente.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: +59397733303	E-mail: <a href="mailto:princesakaan@gmail.com">princesakaan@gmail.com</a>	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Mgs		
	Teléfono: +593- 993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			