



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

TEMA:

Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

AUTOR:

Molina Peña, Cristhian David

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

TUTORA:

Lcda. Holguín Jiménez, Martha Lorena. Mgs

Guayaquil, Ecuador

01 de septiembre del 2026



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Molina Peña, Cristhian David**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en enfermería**.

TUTORA



Firmado electrónicamente por:
MARTHA LORENA
HOLGUIN JIMENEZ

f. _____

Lcda. Holguín Jiménez, Martha Lorena. Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda. Mgs

Guayaquil, a los 01 día del mes de septiembre del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Molina Peña, Cristhian David

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 01 día del mes de septiembre del año 2026

EL AUTOR

f. _____
Molina Peña, Cristhian David



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Molina Peña, Cristhian David**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 día del mes de septiembre del año 2026

EL AUTOR

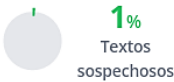
f. _____
Molina Peña, Cristhian David

REPORTE DE COMPILATIO



Certificado de análisis
 Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil.
 ID : ec799610992c5e87253eff3ad5f29fbd9314022



Nombre del fichero : Molina Peña, Cristhian David .txt
 Tamaño del archivo original : 348,43 kB
 Número de palabras : 6283

Depositante : Cristhian David Molina Peña
 Autor : Cristhian David Molina Peña
 Fecha de depósito : 8 de septiembre de 2026
 Tipo de carga : url_submission
 fecha de fin de análisis : 8 de septiembre de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Firmado electrónicamente por:
**MARTHA LORENA
 HOLGUIN JIMENEZ**



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES.MGS

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. GENY MARGOTH RIVERA SALAZAR, MGS

COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE



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

CALIFICACIÓN

Molina Peña, Cristhian David

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VI
CALIFICACIÓN	VII
ÍNDICE GENERAL	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
ÍNDICE DE TABLAS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Preguntas de investigación	4
1.2. Justificación	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
CAPÍTULO II	7
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	7
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.2. Marco conceptual	10
2.3. Marco legal	20
CAPÍTULO III	22
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	22
3.1. Tipo de estudio	22
3.2. Población y muestra	22
3.2.1. Criterios de inclusión	22
3.2.2. Criterios de exclusión	22
3.3. Procedimiento para la recolección de la información	22
3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos	22
3.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.	23

3.6. Variables generales y operacionalización.....	23
3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia de miocarditis aguda	24
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sexo de los pacientes.....	25
Tabla 2. Edades de los pacientes.....	26
Tabla 3. Manifestaciones clínicas de los pacientes	27
Tabla 4. Causas infecciosas y no infecciosas.....	28
Tabla 5. Métodos diagnósticos empleados a los pacientes	29

RESUMEN

La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del músculo cardíaco, diagnosticada mediante criterios histológicos, inmunológicos e inmunohistoquímicos. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un hospital de la ciudad de Guayaquil. **Metodología:** Se empleó un estudio descriptivo, de método cuantitativa, con diseño retrospectivo y de corte transversal. **Población/muestra:** 110 a los pacientes con diagnóstico de miocarditis aguda. **Técnica:** Observación indirecta. **Instrumento:** Matriz de observación. **Resultados:** Las características sociodemográficas correspondieron a los hombres 57,3% y las mujeres 42,7%; en edades de 51 – 60 años 42,7% y 41 – 50 años 21,8%. En cuanto a las manifestaciones clínicas la fatiga fue el más frecuente con el 36,4%; seguido de disnea 31,8% y dolor torácico 24,5%. Dentro de las causas de la miocarditis de origen infecciosos el COVID-19 represento el 15,5% y las no infecciosas las drogas representaron el 16,4%. En relación a los medios diagnósticos el electrocardiograma fue empleado en el 80,9% de los pacientes. **Conclusión:** se determino una prevalencia de la miocarditis aguda del 2% durante el periodo de enero a diciembre del 2025.

Palabras clave: Prevalencia; Miocarditis aguda; Pacientes

ABSTRACT

Myocarditis is an inflammatory disease of the heart muscle diagnosed using histological, immunological, and immunohistochemical criteria. **Objective:** To determine the prevalence of acute myocarditis in patients aged 20 to 60 years treated at the cardiology department of a hospital in Guayaquil. **Methodology:** A descriptive, quantitative study with a retrospective, cross-sectional design was conducted. **Population/Sample:** 110 patients diagnosed with acute myocarditis. **Technique:** Indirect observation. **Instrument:** Observation matrix. **Results:** Regarding sociodemographic characteristics, 57.3% were men and 42.7% were women; the most frequent age groups were 51–60 years (42.7%) and 41–50 years (21.8%). Regarding clinical manifestations, fatigue was the most common (36.4%), followed by dyspnea (31.8%) and chest pain (24.5%). Among the causes of myocarditis, COVID-19 accounted for 15.5% of infectious cases, while medications accounted for 16.4% of non-infectious cases. Regarding diagnostic methods, an electrocardiogram was used for 80.9% of the patients. **Conclusion:** An acute myocarditis prevalence of 2% was determined for the period between January and December 2025.

Keywords: Prevalence; Acute myocarditis; Patients

INTRODUCCIÓN

La miocarditis aguda es una enfermedad infradiagnosticada en cualquier etapa de las edades (1). Estudios realizados, han demostrado que esta patología se debe a la inflamación del músculo cardíaco, provocada por diversas etiologías, siendo las principales las infecciones de tipo viral incluyendo al virus del Cocksackie, la influenza, el herpes simple y el virus más reciente el COVID-19.

Es así que la prevalencia de miocarditis antes de la COVID era de 1 a 10 casos por 100000 habitantes y con el COVID, los casos aumentaron de 150 a 4000 casos por 100000 personas (2). En particular, la miocarditis es una complicación grave bien reconocida suele asociarse con shock cardiogénico y muerte súbita cardíaca (3). Aunque el número de casos aún no es exacto ya que esto varía según la enfermedad y de las condiciones de salud del paciente.

La importancia de este trabajo radica en que la miocarditis, que afecta a personas de todas las edades, tiene una amplia gama de presentaciones clínicas y, por lo tanto, su diagnóstico puede ser un desafío (4). Aunque puede ser asintomática, las características de presentación más comunes son dolor torácico (en el 85-95% de los casos), fiebre (en aproximadamente el 65%) y disnea (19-49% de los casos) e inclusive hasta el 80% de los pacientes tienen síntomas prodrómicos; por lo tanto, los pacientes pueden tener antecedentes de una enfermedad similar a la gripe, respiratoria y/o gastrointestinal previa (5).

El propósito de este trabajo, radica en que la miocarditis es una patología que abarca una serie de factores complejos que incluye desde su etiología viral bacteriana o autoinmune con sus diversas manifestaciones clínicas que van de síntomas leves hasta complicaciones graves a pesar de su baja prevalencia la miocarditis representa un riesgo significativo para la salud cardiovascular por lo cual es necesario estudiar su prevalencia con movilidades preexistentes y los medios diagnósticos más efectivos que implican la valoración de esta enfermedad.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad y Federación Internacional de Cardiología (ISFC) la definen con la alteración inflamatoria de del miocardio. Esta es diagnosticada por criterios histológicos e inmunológicos e inmunohistoquímicos, que a menudo resulta de infecciones virales comunes y respuestas inmunomediadas postvirales (6,7). Se estima que la miocarditis es una causa de enfermedad cardiovascular que se manifiesta principalmente como dolor en el pecho, muerte súbita e insuficiencia cardíaca.

En el año 2021 hubo 353.700 muertes debido a miocarditis, lo que representa un problema de salud pública considerable (8). En Europa la miocarditis aguda tiene una prevalencia entre 1 a 10 casos por cada 100.000 habitantes al año, aunque esta cifra puede ser mayor debido a diagnósticos no realizados. Una de las causas más prevalentes es la infección por covid19, siendo mayor en hombres jóvenes y adolescentes con 1,1 presentación que puede variar de formas leves hasta graves (9).

En lo que respecta a países latinoamericanos la prevalencia de miocarditis es diferente en cada región y de las condiciones geográficas, ya que existen varios factores que aumentan la prevalencia de esta enfermedad, como el comportamiento de las infecciones virales endémicas, el acceso a servicios de salud y los métodos diagnósticos que pueden influir en la detección. En Colombia se estima una prevalencia del 0.12% hasta el 12%, especialmente en hombres y adolescentes. En lo que respecta a Perú, se presentó una tasa estandarizada por mortalidad de enfermedades cardiovasculares del 73,5% por cada 1000 habitantes, especialmente en aquellos con antecedentes de covid19.

En Ecuador, los casos de miocarditis eran menos frecuentes te causa de mortalidad cardiovascular sin embargo los casos aumentaron posterior a la pandemia por COVID-19 ya que se ha encontrado en el 20 al 30% de los casos hospitalizados con antecedentes a la infección con complicaciones de

falla cardíaca aguda, shock cardiogénico y arritmias malignas (10). En base a esto el Ministerio de Salud Pública ha realizado varios consensos sobre el manejo de complicaciones cardiovasculares asociadas al COVID-19 donde se enfatiza la importancia de la detección temprana y el manejo adecuado de la miocarditis

En un hospital de la ciudad de Guayaquil, se ha observado el ingreso de casos de pacientes con miocarditis con síntomas y signos como dolor torácico fatiga y arritmias por esta razón es necesario disponer de datos actualizados sobre esta patología. Dado que actualmente no hay estudios epidemiológicos a nivel local que permitan conocer con precisión el comportamiento clínico y el diagnóstico de la enfermedad. De esta manera surge la necesidad de realizar este estudio de manera que permita describir las manifestaciones clínicas, las causas y los medios diagnósticos aplicados para la detección de esta enfermedad para reducir el riesgo de complicaciones graves en los pacientes afectados.

1.1. Preguntas de investigación

¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos de los pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología un hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son las causas de la miocarditis aguda en los pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología un hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son los métodos diagnósticos empleados en los pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología un hospital de la ciudad de Guayaquil?

1.2. Justificación

La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del miocárdico que puede desencadenar una serie de complicaciones graves como insuficiencia cardíaca, arritmias severas e incluso muerte súbita, por lo que su diagnóstico resulta complejo debido a la inestabilidad de los síntomas (11). Este trabajo tiene un alto impacto tanto en el ámbito práctico como teórico. En el ámbito práctico la investigación proporcionará datos concretos y actualizados sobre la prevalencia de la miocarditis. Como utilidad práctica permitirá una mejor atención a los pacientes al identificar el comportamiento de la enfermedad, así como la descripción de los síntomas, causas de la enfermedad y medios diagnósticos empleados.

Esta investigación es conveniente ya que aportará al desarrollo del conocimiento de la miocarditis, además a través de la literatura científica permitirá una comprensión sobre las características y el comportamiento de la enfermedad en un grupo específico. Este estudio permitirá a los responsables del hospital a adaptar y reforzar los protocolos de atención, a mejorar la capacitación del personal médico y asegurar el uso eficiente de recursos diagnósticos disponibles. Mientras que a nivel comunitario permitirá la identificación temprana de casos de miocarditis contribuyendo a una mejor prevención y tratamiento por ende a la reducción de la tasa de morbilidad y mortalidad asociadas a la enfermedad.

Los principales beneficiarios serán los pacientes ya que se obtendrá datos actualizados sobre las manifestaciones clínicas lo que facilitará un diagnóstico más temprano y exacto. Así mismo se beneficiarán los profesionales de la salud con información actualizada permitiéndoles mejorar la capacidad de identificación de la miocarditis en etapas tempranas. Así mismo la institución obtendrá una base de datos actualizada de la enfermedad y de la prevalencia de la enfermedad en el período de estudio.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

1.3.2. Objetivos específicos

Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Identificar las manifestaciones clínicas de la miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Mencionar las causas de la miocarditis en los pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Describir los métodos diagnósticos empleados en los pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la investigación

El estudio “Análisis de características clínicas y etiológicas de pacientes con miocarditis aguda en un hospital de alta complejidad de atención en salud”. realizado por Reyes y Roa (2024) que tuvo como objetivo describir el comportamiento clínico y etiológico de la miocardiopatía aguda a través de un estudio descriptivo de corte transversal. Para lo cual se seleccionaron a 97 pacientes que corresponden al 64% fueron hombres en edad promedio de 39 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial 16%, obesidad 12% y diabetes mellitus 9%. En cuanto a los síntomas cardinales presentes fueron el dolor torácico, signos de infecciones respiratorias y digestivas. En lo que respecta a las complicaciones la más frecuente fue la pericarditis aguda 20%, falla cardíaca 17% y mortalidad general 5%. Concluyendo que la enfermedad tiene una variedad clínica de la enfermedad que requiere de un enfoque diagnóstico y terapéutico oportuno (12).

Los autores Zambrano y Diez (13) en su estudio “Prevalencia de enfermedades cardiovasculares asociadas al COVID-19”. tuvo como objetivo determinar la prevalencia de enfermedades cardiovasculares asociadas al COVID19, aplicando una metodología cuantitativa descriptivo y de corte transversal en una población de 137 pacientes. Los resultados mostraron que los pacientes eran de sexo masculino el 34% en edades de 61 a 70 años. Dentro de los factores de riesgo la hipertensión arterial fue la más frecuente seguido de diabetes mellitus y dislipidemia 44% y menos frecuentes sobrepesos 34% y factores asociados como tabaquismo 16%, obesidad 12%, enfermedad cardiovascular isquémica 24%, insuficiencia cardíaca congestiva 14% enfermedad cerebrovascular hemorrágica 12%. Concluyendo que la presencia de comorbilidades como hipertensión arterial diabetes y dislipidemia pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

El estudio denominado “Evaluación de la miocarditis en pacientes con enfermedad de Still: hallazgos clínicos del registro internacional multicéntrico de la enfermedad de Still de la red AIDA”. Realizado por Ruscitti et al., (14) mediante un enfoque observacional multicéntrico en el que se caracterizaron pacientes consecutivos. En total, se evaluaron 73 pacientes con edad media 36,3 [DE 19,9] años; sexo masculino, 42,5%). La manifestación cardíaca más común fue la pericarditis, que se presentó en el 90% de los pacientes; los pacientes también presentaron miocarditis (26%) y con menor frecuencia endocarditis (2,7%) y taponamiento (1,4%). Al comparar las características clínicas de los pacientes con miocarditis, se observaron frecuencias significativamente mayores de exantema cutáneo y pleuritis, así como puntuaciones sistémicas más altas. Además, se mostró una mayor tasa de mortalidad en los pacientes con miocarditis.

El trabajo investigativo “características clínicas y resultados de la miocarditis aguda: un análisis del registro multicéntrico coreano”. realizado por Hyun et al., (15) En este estudio se incluyeron 841 pacientes con miocarditis aguda dentro de los síntomas se incluyeron el dolor torácico 60%, fiebre, mialgia 46% y disnea 46%. Aquellos pacientes por disnea fulminante Fueron 421 que representaron el 50% de los cuales 217 requirieron soporte de oxigenación por membrana extracorpórea. Al realizar el diagnóstico a los pacientes 27% se les realizó biopsia de los cuales, la miocarditis linfocítica fue la predominante en el 70% de los casos, seguida de la eosinofílica 14% y de célula gigante 1% y se registraron 10% casos de mortalidad

El estudio denominado “Diferencias de sexo en la incidencia, el manejo y los resultados en pacientes adultos mayores de 20 años con miocarditis diagnosticada clínicamente en los últimos 10 años: datos de la base de datos nacional MYO-PL”. Se tomó un total de 16319 pacientes 25,8% mujeres y 74,2% hombres mayores de 20 años con un diagnóstico clínico hospitalario de miocarditis fueron incluidos en el estudio. Las mujeres eran mayores que los hombres (mediana de edad, 54 (36-70) y 35 (28-47) años, respectivamente). Aunque las mujeres eran más sintomáticas y presentaban más comorbilidades que los hombres, tenían menos probabilidades de ser

ingresadas en una sala de cardiología o de someterse a pruebas diagnósticas. Independientemente de la edad y el sexo, los pacientes con miocarditis tenían un peor pronóstico que la población general (16).

El estudio “Diferencias específicas de sexo en las presentaciones y resultados de la miocarditis sospechada”. tuvo como objetivo analizar las diferencias según el sexo en la presentación y los resultados de los pacientes con sospecha de miocarditis. Se incluyeron pacientes con sospecha de miocarditis. Se realizó un seguimiento a 776 pacientes consecutivos (edad media 48 ± 16 años, 286 [36,9 %] mujeres) durante una mediana de 3,7 años. En comparación con los hombres, las mujeres presentaron con mayor frecuencia disnea grave (NYHA III-IV: 25,9 % frente a 19,2 % en hombres; $p = 0,029$), mientras que el dolor torácico fue más frecuente en hombres (39,8% frente a 32,2 % en mujeres; $p = 0,037$). En consecuencia, el sexo femenino se asoció de forma independiente con la hospitalización por insuficiencia cardíaca en un modelo ajustado (HR: 2,31; IC del 95 %: 1,25-4,26; $p = 0,007$). Como conclusión, el sexo femenino se asocia con un riesgo dos veces mayor de hospitalización por insuficiencia cardíaca (17).

El estudio “Comparación de algoritmos diagnósticos en casos de miocarditis viral clínicamente sospechada: concordancia entre resonancia magnética cardiovascular, biopsia endomiocárdica y troponina T”. mediante un estudio prospectivo multicéntrico, se incluyeron un total de 114 pacientes (edad (media $\pm$ DE) 54 ± 16 , 65% varones), de los cuales 79 (69%) tenían criterios de EMB positivos, 64 (56%) criterios de CMR y un total de 58 (51%) troponina positiva. Como conclusión se determinó que la miocarditis viral clínicamente sospechada, todos los enfoques diagnósticos reflejan los elementos fisiopatológicos de la inflamación miocárdica; sin embargo, los distintos factores subyacentes solo se superponen parcialmente.

2.2. Marco conceptual

Miocarditis aguda

Se define como la inflamación del musculo cardiaco que se origina como consecuencia de una infección, y que está mediada por el sistema inmunitario. La miocarditis puede presentarse en formas aguda, fulminante, subaguda y crónica.

- La miocarditis aguda es aquella con una evolución de <1 mes entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico.
- La miocarditis fulminante es la forma grave y de rápida evolución con shock cardiogénico la cual requiere de tratamientos de inotrópicos o soporte circulatorio mecánico.
- La miocarditis subaguda se produce por daño miocárdico continuo, por un estímulo persistente o recurrente ocasionada por la inflamación miocárdica, pero también puede definirse como una miocarditis curativa por antecedentes de miocarditis activa previa.

Fisiopatología

La miocarditis aguda es una miocardiopatía inflamatoria. El proceso inflamatorio se inicia tras la entrada del virus en las células del miocardio. Se caracteriza por una respuesta inmune innata Durante la primera semana seguida de una respuesta adaptativa entre 1 a cuatro semanas. Durante la fase crónica y la remodelación del miocardio se produce dilatación Y miocardiopatía(18).

Esto conlleva a un daño causado por el virus que produce la liberación de interleucina y patrones moleculares, que median el reclutamiento de las células inflamatorias del sistema inmunitario innato. Que se intensifica al haber estrés, dolor o ansiedad. Estas células inflamatorias ocasionan el daño miocárdico como consecuencia del reclutamiento de células inflamatorias lo que ocasiona una respuesta exagerada al miocardio (18).

Manifestaciones clínicas

Los síntomas y signos de la miocarditis aguda se superponen considerablemente con los de la pericarditis, aunque ambos pueden presentarse y con frecuencia ocurren de manera concomitante, es decir, miopericarditis. La elevación del segmento ST se puede observar en el ECG tanto en la miocarditis como en la pericarditis. La elevación del segmento ST tiende a ser más generalizada en la pericarditis, pero las características del ECG por sí solas no son suficientes para diferenciarlas. Una troponina elevada es más sugestiva de miocarditis o miopericarditis que de pericarditis sola.

Dolor torácico

El dolor torácico es una queja frecuente y comprende un amplio diagnóstico diferencial que incluye varias causas potencialmente mortales. Una evaluación debe centrarse en descartar una patología grave antes de que un médico considere causas más benignas. El dolor visceral también se refiere a otras localizaciones como resultado de los nervios que recorren las fibras nerviosas somáticas a medida que llegan a la médula espinal. El dolor cardíaco isquémico, por ejemplo, puede referirse al hombro izquierdo o derecho, la mandíbula o el brazo izquierdo. Esta actividad destaca el papel del equipo interprofesional en el cuidado de los pacientes con dolor torácico (19).

El dolor torácico de la miocarditis aguda puede imitar el dolor de la pericarditis (debido a miopericarditis en al menos el 35% de los pacientes) o, en ocasiones, ser un dolor central intenso que imita el dolor del síndrome coronario agudo. En al menos el 60% de los pacientes, se puede determinar una historia previa de una enfermedad febril aguda reciente, incluida una infección de las vías respiratorias. La presentación clásica de la miocarditis aguda fulminante es la misma que la de la insuficiencia cardíaca aguda descompensada de cualquier etiología e incluye dificultad respiratoria, ortopnea, dolor torácico, palpitaciones o síncope (18).

Disnea

La disnea, comúnmente llamada falta de aire, es la sensación subjetiva de una respiración incómoda compuesta por diversas sensaciones de intensidad

variable. Es un síntoma común que afecta a millones de personas y puede ser la manifestación primaria de una enfermedad respiratoria, cardíaca, neuromuscular, psicógena, sistémica o una combinación de estas. La disnea puede ser aguda o crónica; la aguda se presenta en cuestión de horas o días, y la crónica se presenta durante más de 4 a 8 semanas (20). Las causas cardiovasculares pueden incluir insuficiencia cardíaca congestiva, edema pulmonar, síndrome coronario agudo, taponamiento pericárdico, defecto cardíaco valvular, hipertensión pulmonar, arritmia cardíaca o derivación intracardíaca (20).

Arritmias

Las arritmias cardíacas son alteraciones en el ritmo del corazón, manifestado por irregularidad o por anormalmente rápido frecuencias (taquicardias) o frecuencias anormalmente lentas (bradicardias). Los pacientes que perciben más estas anomalías frecuentemente lo manifiestan con palpitaciones exuberantes. Otros síntomas incluyen debilidad, dificultad para respirar, aturdimiento, mareos, desmayos (síncope) y, ocasionalmente, dolor en el pecho. Los síntomas tienden a ser más graves. Cuando la frecuencia es más rápida, la función ventricular es peor, o la arritmia se asocia con anomalías de tono autonómico (21)

Síncope

El síncope es una pérdida transitoria de la conciencia acompañada de una pérdida del tono postural. El síncope es un evento común en la población general y debe considerarse un desafío social y de salud significativo. El síncope vasovagal es la forma más común de síncope y tiene una alta prevalencia acumulada de por vida en la población general (22).

La evaluación inicial puede diagnosticar hasta el 50 % de los pacientes y permite una estratificación inmediata del riesgo a corto plazo. Las pruebas de laboratorio y las neuroimágenes tienen un bajo rendimiento diagnóstico y solo deben solicitarse si están clínicamente indicadas. Se pueden utilizar varias reglas de decisión clínica comparables para evaluar el riesgo de muerte a corto plazo y la necesidad de hospitalización. Los pacientes de bajo riesgo

con un único episodio de síncope suelen estar tranquilos y no requieren más investigación. Los pacientes de alto riesgo con cardiopatía cardiovascular o estructural, antecedentes de arritmia, hallazgos electrocardiográficos anormales o comorbilidades graves deben ser hospitalizados para una evaluación más exhaustiva (23).

Fatiga

La fatiga es la aparición temprana de cansancio al realizar una actividad o la dificultad para realizar una actividad física o intelectual que no desaparece tras un período de descanso. Según el tiempo de evolución, se distingue entre fatiga reciente (menos de 1 mes de evolución), fatiga prolongada (más de 1 mes de evolución) y fatiga crónica (más de 6 meses de evolución) (24).

Fiebre

La hipertermia se define como una temperatura corporal superior a 40 °C. Varias afecciones pueden causar hipertermia. En la sepsis, la reacción inmunológica a la infección se manifiesta con mayor frecuencia como fiebre (25). La hipertermia es el resultado de la pérdida de equilibrio en la ecuación de balance térmico, de modo que el calor se produce o almacena en el cuerpo a una tasa superior a la del calor perdido por radiación, convección o evaporación. El término fiebre se reserva para aquellos animales hipertérmicos en los que el punto de ajuste en la temperatura ambiente se ha “restablecido” a una temperatura más alta. En estados hipertérmicos distintos de la fiebre, la hipertermia no es el resultado de que el cuerpo intente aumentar su temperatura, sino que es causada por la intervención fisiológica, patológica o farmacológica en la que la ganancia de calor supera la pérdida de calor (26).

Edema de miembros inferiores

El edema es un signo clínico común que puede indicar numerosas patologías. Como secuela de una hemodinámica capilar desequilibrada, el edema es una acumulación de líquido en el compartimento intersticial. La cronicidad y lateralidad del edema guían la evaluación. La evaluación debe comenzar con la obtención de un panel metabólico básico, pruebas de función hepática,

pruebas de función tiroidea, niveles de péptido natriurético cerebral y una relación proteína/creatinina en orina (27).

Taquicardia

La frecuencia cardíaca, quizás el signo vital más comúnmente medido en la práctica clínica es un determinante clave del metabolismo miocárdico y del gasto cardíaco. La taquicardia, definida convencionalmente como una frecuencia auricular y/o ventricular de >100 latidos por minuto (lpm), tiene una definición arbitraria y debatida. Sin embargo, la taquicardia puede ser importante, ya que puede causar isquemia miocárdica, hipotensión, bajo gasto cardíaco, hipoperfusión periférica, síntomas graves como dolor torácico, debilidad, síncope, mareos, además de miocardiopatía, paro cardíaco y muerte (28).

La taquicardia persistente de cualquier tipo puede causar miocardiopatía mediada por taquicardia (TMC), puede precipitar insuficiencia cardíaca y puede resultar en la muerte. Si la TMC es la consecuencia directa de la taquicardia, se denomina miocardiopatía inducida por taquicardia o TMC “pura”. La taquicardia también puede empeorar la miocardiopatía preexistente (TMC “impura”). La TMC es parcial o completamente reversible, cuando se mide por los síntomas de insuficiencia cardíaca y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, una vez que la taquicardia culpable se trata adecuadamente (28).

Causas de la miocarditis aguda TIPO Infecciosas

Covid19

El virus puede inducir a daño cardíaco y es capaz de invadir a los cardiomiocitos a través de los receptores ACE2, ocasionando inflamación y necrosis celular e inclusive daño directo a una respuesta inflamatoria por el organismo, llamada también citocinas que pueden conducir a una disfunción miocárdica severa. Presentando síntomas como dolor torácico fatiga disnea y arritmias, aumentando así el riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares.

Investigaciones recientes han demostrado que la miocarditis asociada al COVID es una de las fases aguda de la infección como etapa de recuperación y aquí en algunos casos se ha observado daño cardíaco persistente lo que podría tener un impacto a largo plazo en relación a la función cardiovascular. Por lo que el seguimiento clínico y cardiológico después de la infección es necesaria para vivenciar síntomas persistentes o complicaciones relacionadas a la infección del virus.

Hepatitis C

La hepatitis tiene un alto impacto a nivel hepático y está asociada con complicaciones extrahepáticas incluida la miocarditis aguda. El virus de la hepatitis C puede producir daño miocardio a través de mecanismos inmediatos, ocasionando una inflamación crónica como consecuencia de la infección persistente provocada por la activación del sistema inmunológico, que puede desencadenar una respuesta inflamatoria sistémica que afecta al tejido cardíaco.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

El VIH es una de las causas más relevantes de la miocarditis aguda especialmente en pacientes con un sistema inmunológico comprometido ya que la infección del VIH puede dañar el miocardio a través de la invasión viral o indirectamente por infecciones oportunistas. Además, la activación crónica del sistema inmunológico y la inflamación sistémica provocada por el virus constituye el deterioro de la función cardíaca. Por otro lado, los tratamientos antirretrovirales utilizados para controlar la infección pueden tener efectos secundarios que pueden afectar el sistema cardiovascular, dado que algunos de estos pueden inducir a la toxicidad miocárdica, dislipidemia o hipertensión arterial aumentando el riesgo de desarrollar miocarditis aguda o complicaciones relacionadas.

Tuberculosis

La tuberculosis causada por el *Mycobacterium tuberculosis* es una de las infecciones bacterianas que se manifiesta principalmente a nivel pulmonar y puede comprometer de manera extrapulmonar al corazón. La miocarditis

tuberculosa es una manifestación poco frecuente, pero puede ser potencialmente grave ya que puede desarrollarse por la diseminación hematógica de la bacteria o por extensión directa de las estructuras adyacentes como el pericardio. La infección puede producir granulomas generando inflamación en el miocardio haciendo que el diagnóstico de la miocardiopatía tuberculosa sea complejo y su presentación clínica poco clara y de baja prevalencia.

No infecciosas

Drogas

El consumo de drogas puede ser la causa significativa de miocarditis aguda ya sea por el efecto tóxico sobre el miocardio o por desencadenar reacciones inflamatorias mediadas por el sistema inmunológico. Existen sustancias como cocaína anfetamina y algunos medicamentos quimioterapéuticos pueden inducir al daño miocardio, debido a su efecto vasoconstrictor que disminuyen el flujo sanguíneo al músculo cardíaco, provocando así isquemia e inflamación aquellos pacientes con fármacos estimulantes. Los pacientes suelen presentar síntomas como dolor torácico, palpitaciones y disnea aumentando el riesgo de arritmia y eventos cardiovasculares graves. Existen tratamientos de enfermedades autoinmune o de infecciones como antibióticos o fármacos inmunosupresores que pueden causar miocarditis como efecto secundario ya que estos medicamentos pueden desencadenar reacciones alérgicas o tóxicas que pueden provocar la inflamación del miocardio.

Lupus eritematoso sistémico (LES)

La miocarditis lúpica (ML) es una manifestación potencialmente fatal del LES, que se presenta en el 5-10% de los pacientes. Las manifestaciones clínicas pueden variar desde una taquicardia inexplicable hasta una insuficiencia cardíaca congestiva fulminante (ICF). Dado que ninguna modalidad clínica o de imagen es diagnóstica, es esencial un enfoque racional y práctico para el paciente que presenta una posible ML (29). La presentación clínica de la miocarditis en el LES varía desde pacientes asintomáticos con enfermedad autolimitada hasta insuficiencia cardíaca fulminante que puede provocar la

muerte (30). El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica con afectación multisistémica y se asocia con una morbilidad y mortalidad significativas. Factores genéticos, inmunológicos, endocrinos y ambientales influyen en la pérdida de tolerancia inmunológica contra autoantígenos, lo que lleva a la formación de autoanticuerpos patógenos que causan daño tisular a través de múltiples mecanismos (31).

Sarcoidosis

La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria sistémica de origen desconocido, que consiste en la formación de múltiples granulomas estériles no caseosos. Se cree que los antígenos inhalados son los que inician la enfermedad en individuos propensos, considerando que casi todos los pacientes presentan enfermedad ganglionar pulmonar o mediastínica. Al igual que muchas otras enfermedades inflamatorias idiopáticas, se cree que la sarcoidosis se produce en individuos con ciertas predisposiciones genéticas después de la exposición a desencadenantes ambientales.

Casi cualquier órgano puede verse afectado por la sarcoidosis. La piel (14-16%), los ojos (8-20%), el hígado (11-18%), el bazo (7-20%), el corazón (2-11%), las articulaciones (8-9%), el sistema nervioso (2-7%), las glándulas parótidas (4%) y los riñones (2%) son sitios comunes de enfermedad sarcoidea. Sin embargo, los pulmones y los ganglios linfáticos mediastínicos son los más afectados (> 90% de los pacientes) (32).

La sarcoidosis cardíaca es una miocardiopatía infiltrativa que resulta de una inflamación granulomatosa que afecta predominantemente al miocardio. Aproximadamente el 25 % de los pacientes con evidencia sistémica de sarcoidosis tienen afectación de la enfermedad cardíaca. El diagnóstico de la sarcoidosis cardíaca suele ser un desafío, ya que la presentación clínica es variable. Los pacientes con frecuencia presentan síntomas de insuficiencia cardíaca, anomalías de la conducción, arritmias ventriculares o muerte cardíaca súbita, todos los cuales pueden ser secundarios a numerosos procesos patológicos (33).

Además, no existe una única prueba diagnóstica para la sarcoidosis y, si bien la biopsia endomiocárdica tiene una alta especificidad para la sarcoidosis cardíaca, es invasiva e insensible. La sarcoidosis cardíaca es una enfermedad poco frecuente y de mal pronóstico. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo es el predictor más importante de mortalidad en la sarcoidosis cardíaca. Los tratamientos disponibles para la sarcoidosis cardíaca son inespecíficos y pueden causar efectos sistémicos adversos (33).

Métodos diagnósticos de la miocarditis aguda

Radiografía

La radiografía de tórax se considera generalmente apropiada en el contexto del dolor torácico en pacientes con probabilidad baja a intermedia de síndrome coronario agudo según los Criterios de idoneidad del ACR. Puede ser útil para identificar posibles secuelas de la miocarditis, incluido el edema pulmonar en el contexto de insuficiencia cardíaca y la presencia de un derrame pericárdico de moderado a grande en el contexto de miopericarditis.

Ecocardiograma

El ecocardiograma es un medio de diagnósticos no masivos que va a evaluar el daño del miocardio, además de la presencia de alteraciones cardiovasculares o trombos intracardiacos. En el caso de la miocarditis las dimensiones del ventrículo suelen estar conservadas, mientras que su tabique suele estar engrosado.

Ecocardiografía transtorácica (ETT)

Este examen es capaz de proporcionar, de forma rápida, no invasiva y en el punto de atención, sobre la función ventricular, la integridad valvular, el estado del volumen y la respuesta a la fluidoterapia. Es útil para afinar los diagnósticos de los soplos sistólicos no diferenciados durante el preoperatorio, aportar información de interés en la etiología de la hipotensión y el colapso cardiovascular inexplicables y evaluar la respuesta a intervenciones terapéuticas como la administración de fármacos vasoactivos o reanimación con fluidos (34).

Electrocardiograma, ECG

El electrocardiograma es uno de los exámenes mayormente usados en pacientes con miocarditis, la cual se se identifica mediante la elevación del ST suele ser cóncava y carece de los cambios recíprocos que se observan en los síndromes coronarios agudos. También pueden estar presentes otras anomalías no específicas del segmento ST-T que deben diferenciarse de los síndromes coronarios agudos. Otros hallazgos electrocardiográficos pueden incluir bloqueo auriculoventricular, bradiarritmia y taquiarritmia.

Resonancia Magnética

La resonancia magnética cardiovascular con agentes de contraste a base de gadolinio intravenoso se recomienda en pacientes con sospecha de miocarditis aguda y ciertamente debe realizarse en individuos con formas más graves/fulminantes (siempre que el paciente esté lo suficientemente estable como para someterse a la exploración). La resonancia magnética cardiovascular sirve como modalidad no invasiva de referencia para determinar la presencia o ausencia de inflamación miocárdica y otras anomalías asociadas. La RMC puede tener una precisión reducida en los primeros días de la enfermedad, pero debe realizarse dentro de las 2 a 3 semanas posteriores al inicio de los síntomas. La RMC también puede ser útil para monitorear la progresión/actividad de la enfermedad.

Los criterios de Lake Louise incorporaron tres hallazgos de inflamación miocárdica:

- 1) señal intensa de hiperemia en imágenes tempranas con realce de gadolinio;
- 2) edema tisular, es decir, aumento del tiempo de relajación T2 miocárdico o una mayor intensidad de señal en imágenes ponderadas en T2;
- 3) y fibrosis basada en imágenes LGE. 18 Si dos de estos tres criterios son positivos, se puede diagnosticar miocarditis aguda con una sensibilidad del 74% y una especificidad del 86%.

Los criterios actualizados de Lake Louise incluyen el mapeo T2 para edema y T1 nativo, así como el volumen extracelular para lesión inflamatoria. Esto fue validado en un estudio que confirmó una sensibilidad mejorada al 87,5% y una

alta especificidad del 96,2% para diagnosticar con precisión la miocarditis aguda. 19 Hallazgos adicionales de aumento del tiempo de relajación T2 pueden sugerir un mayor contenido de agua miocárdica y una mayor probabilidad de una mejoría de la función cardíaca (35).

2.3. Marco legal

En la Constitución de la República del Ecuador, se mencionan algunos artículos relacionados con las enfermedades crónicas, la salud mental y la importancia del autocuidado:

Artículo 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, trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (36).

Artículo 35:

“Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado” (36).

Artículo 47

El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a: La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida (36).

Artículo 50:

“El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente” (36).

Mientras que en la Ley Orgánica de la Salud:

Artículo 2: Derecho a una atención digna

“Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía” (37).

Artículo 3: Derecho a no ser discriminado

“Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica” (37).

Artículo 4: Derecho a la confidencialidad

“Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial” (37).

Artículo 6: Derecho a decidir

“Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión” (37).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo

Método: Cuantitativa,

Diseño: Según el Tiempo. Retrospectivo y Según el período y la secuencia del estudio: De corte Transversal.

3.2. Población y muestra

La población incluyó 110 a los pacientes de 20 a 60 años del área de cardiología de un hospital de la ciudad de Guayaquil durante enero a diciembre 2025. La muestra correspondió a la población total del estudio.

3.2.1. Criterios de inclusión

Pacientes dentro del rango de estudio

Pacientes con diagnóstico de miocarditis

Pacientes del área de cardiología

3.2.2. Criterios de exclusión

Pacientes con otros diagnósticos

Pacientes de otras áreas medicas

Pacientes con enfermedades autoinmunes

Pacientes nuevos o recién ingresados

3.3. Procedimiento para la recolección de la información

Técnica: Observación indirecta

Instrumento: Matriz de observación

3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se empleará el programa Microsoft Excel para la elaboración de gráficos y tablas.

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

Presentación y aprobación del tema de proyecto de investigación en la Carrera de Enfermería.

Presentación y aprobación de la recolección de datos institucional

Carta de compromiso en el manejo de información.

3.6. Variables generales y operacionalización

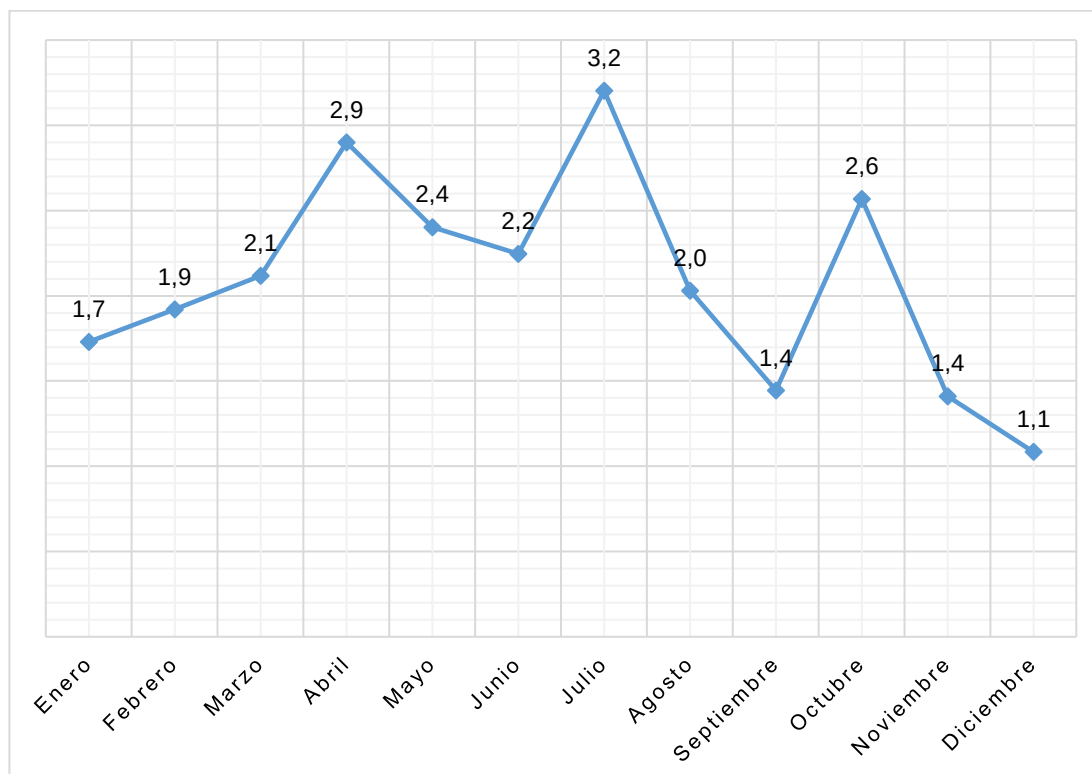
Variable general: Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años.

Dimensión	Indicador	Escala
Aspectos sociodemográficos	Sexo	Hombre Mujer
	Edad	20 a 30 30 a 40 50 a 60
Manifestaciones clínicas	Dolor torácico	Si No
	Disnea	
	Arritmias	
	Sincope	
	Fatiga	
	Fiebre	
	Edema de miembros inferiores	
	Taquicardia	
Causas	Infecciosas • Covid19 • Hepatitis C • VIH • Tuberculosis	Si No
	No infecciosas • Drogas • LES • Sarcoidosis	
Métodos diagnósticos	Radiografía	Si No
	Ecocardiograma	
	Electrocardiograma	
	Resonancia Magnética	

3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

PREVALENCIA DE LA MIOCARDITIS AGUDA

Gráfico 1. *Prevalencia de miocarditis aguda*



Fuente: Matriz de observación indirecta
Elaborado por: Molina Peña, Cristhian David

Análisis

Durante el periodo de enero a diciembre del 2025 hubo 5500 casos de pacientes ingresados al área de cardiología, de los cuales 110 fueron pacientes con miocarditis aguda. Donde la mayor prevalencia se observó en julio 3.2%; seguida de abril con el 2.9%; octubre 2.6%; mayo 2.4%. Y con menor prevalencia junio 2.2%; marzo 2.1%; agosto 2.0%; febrero 1.9%; enero 1.7%; septiembre 1.4%, noviembre 1.4% y diciembre 1.1%. determinado así una prevalencia general del 2% en el año.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 1.

Sexo de los pacientes

Sexo	N	%
Mujeres	47	42,7%
Hombres	63	57,3%

Fuente: Matriz de observación indirecta

Elaborado por: Molina Peña, Cristhian David

Análisis

En la tabla 1 se puede observar que las mujeres conformaron la mayor parte de la población estudiada. Sin embargo, el autor Büchel et al (16) las diferencias en la enfermedad entre mujeres y hombres pueden depender de las respuestas inmunitarias de cada sexo, así como de la susceptibilidad a la enfermedad, determinadas por las hormonas sexuales. Las diferencias en incluyen la producción de citocinas y la actividad de los linfocitos que implica un efecto complejo entre los factores hormonales e inmunitarios.

Tabla 2.

Edades de los pacientes

Edad	N	%
20 – 30	20	18,2%
31 – 40	19	17,3%
41 – 50	24	21,8%
51 – 60	47	42,7%

Fuente: Matriz de observación indirecta

Elaborado por: Molina Peña, Cristhian David

Análisis

En la tabla 2 se observa que la edad de los pacientes oscila entre los 51 a 60 años, seguido de 41 a 50 años como los datos más relevantes. Según el estudio de Fairweather et al., la miocarditis aguda suele ocurrir después de los 50 años, pero se estudios ha demostrado que principalmente sucede en hombres menores de 50 años, pero también en mujeres mayores de 50 años o en la posmenopausia (38)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA MIOCARDITIS AGUDA

Tabla 3.

Manifestaciones clínicas de los pacientes

Manifestaciones clínicas	No		Sí	
	N	%	N	%
Dolor torácico	83	75,5%	27	24,5%
Disnea	75	68,2%	35	31,8%
Arritmias	87	79,1%	23	20,9%
Síncope	96	87,3%	14	12,7%
Fatiga	70	63,6%	40	36,4%
Fiebre	89	80,9%	21	19,1%
Edema de miembros inferiores	94	85,5%	16	14,5%
Taquicardia	91	82,7%	19	17,3%

Fuente: Matriz de observación indirecta

Elaborado por: Molina Peña, Cristhian David

Análisis

En cuanto a las manifestaciones clínicas, la fatiga, la disnea, el dolor torácico y las arritmias fueron las más frecuentes en los pacientes con miocarditis aguda. Se estima que entre el 82% al 95% de los pacientes presentan dolor torácico, mientras que entre el 19%, el 49% disnea y el 5 % al 7 % síncope como síntomas propios de la enfermedad (39).

CAUSAS DE LA MIOCARDITIS AGUDA

Tabla 4.

Causas infecciosas y no infecciosas

Causas infecciosas	No		Sí	
	N	%	N	%
COVID-19	93	84,5%	17	15,5%
Hepatitis C	106	96,4%	4	3,6%
VIH	103	93,6%	7	6,4%
Tuberculosis	103	93,6%	7	6,4%
Causas no infecciosas	No		Sí	
	N	%	N	%
Drogas	92	83,6%	18	16,4%
LES	97	88,2%	13	11,8%
Sarcoidosis	105	95,5%	5	4,5%

Fuente: Matriz de observación indirecta

Elaborado por: Molina Peña, Cristhian David

Análisis

En la tabla cuatro se puede observar que dentro de las causas de origen infecciosas de la miocarditis el COVID-19, el VIH y la tuberculosis son las más predisponentes. Mientras de origen no infeccioso fue el Lupus eritematoso sistémico y la sarcoidosis. Según Ammirati et al., menciona que una de las principales causas de la miocarditis están los virus especialmente al de la influenza y el coronavirus mientras que entre los trastornos comunes se considera al lupus eritematoso sistémico (39).

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EMPLEADOS

Tabla 5.

Métodos diagnósticos empleados a los pacientes

Método diagnóstico	Si		No	
	N	%	N	%
Radiografía	81	73,6%	29	26,4%
Ecocardiograma	84	76,4%	26	23,6%
Electrocardiograma	89	80,9%	21	19,1%
Resonancia magnética	86	78,2%	24	21,8%

Fuente: Matriz de observación indirecta

Elaborado por: Molina Peña, Cristhian David

Análisis

Al describir los métodos diagnósticos se observa que el electrocardiograma, la resonancia magnética y el ecocardiograma fueron los más frecuentes empleados en los pacientes con miocarditis aguda. El diagnóstico de la miocarditis puede ser complejo debido a la variedad de manifestaciones clínicas, que a veces se superponen con otras afecciones cardíacas. Cuando un paciente ingresa con sospecha de miocarditis, se debe obtener un electrocardiograma (ECG) y un ecocardiograma (ECO) como medio de diagnóstico básico. Los pacientes con sospecha de miocarditis a menudo necesitan pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico. Esto se puede lograr con resonancia magnética que se utiliza actualmente en el diagnóstico y seguimiento de lesiones cardiovasculares en pacientes con cáncer, especialmente en aquellos con miocarditis asociada a puntos de control inmunitarios (40).

DISCUSIÓN

Este capítulo permite describir la miocarditis aguda a partir de variables sociodemográficas, manifestaciones clínicas, causas y medios de diagnóstico mediante los resultados obtenidos en esta investigación. Para ello se realizará la comparación de los hallazgos con investigaciones previas que permitan establecer similitudes y diferencias.

En este estudio según las *características sociodemográficas* el sexo correspondió a los hombres 57,3% y las mujeres 42,7%; en edades de 20 – 30 años 18,2%; 31 – 40 años 17,3%; 41 – 50 años 21,8%; 51 – 60 años 42,7%. Estos datos guardan relación con el estudio de Ammirati et al.,(39) que encontraron que los hombres constituyeron la mayor parte de la población con diagnósticos de miocarditis agudas siendo la edad mediana de 49 años. De manera similar Schütze et al.,(17) en una muestra de 16.319 pacientes hubo un predominio del sexo masculino con el 74% con una Edad Media de 35 años. Estos datos se relacionan con las características particulares de la población estudiada y del reconocimiento de la enfermedad.

En cuanto a las *manifestaciones clínicas* en el estudio se encontró que la fatiga fue el más frecuente con el 36,4%; seguido de disnea 31,8%; dolor torácico 24,5%; arritmias 20,9%; fiebre 19,1%; taquicardia 17,3%; edema de miembros inferiores 14,5% y síncope 12,7%. Estos datos difieren con Thilakaratne et al., (40) en la forma de frecuencia y presentación donde el dolor torácico es fue manifestación más frecuente de la miocarditis seguida de la disnea y el síncope. De igual manera Zambrano y Diez (13) destaca que la presentación de la miocarditis puede ser heterogénea ya que muchas veces suele presentar síntomas leves como dolor torácico hasta cuadros graves como insuficiencia cardíaca arritmias y yo cardiogénico.

Dentro de las *causas de la miocarditis* de origen infecciosos el COVID-19 represento el 15,5%; seguido de VIH y tuberculosis 6,4% cada una y Hepatitis C 3,6%. Dentro de las no infecciosas las drogas representaron el 16,4%; lupus

eritematoso sistémico 11,8% y sarcoidosis 4,5%. Esta información es relevante Reyes y Roa (12) señalan que la miocarditis puede originarse por factores infecciosos y no infecciosos siendo los virus cardiotrópicos los desencadenantes de procesos infecciosos. Además, Zafeiri et al., (41) describe que la enfermedad puede desarrollarse mediante mecanismos infecciosos directos debido a una respuesta inmunitaria desencadenada por respuesta autoinmune. Por lo tanto, estos resultados pueden ser de carácter multifactorial y la necesidad de considerar mecanismos inmunológicos.

En relación a los *medios diagnósticos* el electrocardiograma fue empleado en el 80,9% de los pacientes, seguido de resonancia magnética 78,2%; ecocardiograma 76,4% y radiografía 73,6%. Estos datos muestran que el diagnóstico de la miocarditis aguda se basa en herramientas de imagen Martens et al.,(42) señala que el abordaje del diagnóstico debe integrar la presentación clínica mediante el electrocardiograma y biomarcadores cardíacos, además de técnicas de imagen destacando principalmente el papel de la resonancia magnética. Así mismo Shyam et al.,(43) determina que uno de los principales medios diagnóstico es el análisis bioquímico y la resonancia magnética como un elemento fundamental ya que permite detectar con certeza el diagnóstico de miocarditis aguda.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de la miocarditis aguda durante el periodo enero a diciembre del 2025 fue del 2%
- De acuerdo a las características sociodemográficas los hombres conformaron la mayor parte de la población a diferencia de las mujeres, en edades entre los 41 a 60 años con diagnóstico de miocarditis aguda.
- En cuanto a las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la fatiga, la disnea, el dolor torácico y las arritmias en los pacientes con miocarditis aguda.
- Al analizar las causas de la miocarditis aguda de origen infeccioso fue el COVID-19 y el VIH; mientras la de origen no infeccioso el Lupus eritematoso sistémico y la sarcoidosis.
- Los métodos diagnósticos empleados en los pacientes con miocarditis aguda fue el electrocardiograma, la resonancia magnética y el ecocardiograma.

RECOMENDACIONES

- Las autoridades del Sistema Nacional de Salud deben mejorar la cobertura sanitaria para la miocarditis ya que muchos pacientes no tienen cobertura para pruebas de imagen repetidas tras el diagnóstico de miocarditis o las pruebas iniciales con técnicas de imagen avanzadas en consulta externa. Dado que es posible que los pacientes requieran una evaluación diagnóstica para determinar la resolución de la afectación cardíaca.
- Las instituciones deben fortalecer el diagnóstico de miocarditis aguda para ello se debe incluir la monitorización y estudios de imagen para mejorar e influir en el tratamiento. Por ello se deben considerar las pruebas bioquímicas y el diagnóstico histológico en pacientes que no responden al tratamiento, incluso en etapas avanzadas.
- Los profesionales de la salud deben establecer el diagnóstico correcto basado en la presentación clínica y en estudios no invasivos como electrocardiografía, ecocardiografía, resonancia magnética cardíaca y troponinas cardíacas.
- Fortalecer la investigación en salud relacionada con la miocarditis aguda a fin de desarrollar estrategias de control específicas en la población adulta. Dado que se necesitan investigaciones adicionales para evaluar el impacto de la enfermedad y el proceso diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batra AS, Lewis AB. Acute myocarditis. Current Opinion in Pediatrics [Internet]. 2021 [citado 26 de enero de 2025];13(3):234. Disponible en: https://journals.lww.com/co-pediatrics/abstract/2001/06000/acute_myocarditis.4.aspx
2. Fairweather D, Beetler DJ, Di Florio DN, Musigk N, Heidecker B, Cooper LT. COVID-19, Myocarditis and Pericarditis. Circ Res. 2023;132(10):1302-19. doi:10.1161/CIRCRESAHA.123.321878 PubMed PMID: 37167363; PubMed Central PMCID: PMC10171304.
3. Chimenti C, Magnocavallo M, Ballatore F, Bernardini F, Alfarano M, Della Rocca DG, et al. Prevalence and Clinical Implications of COVID-19 Myocarditis. Card Electrophysiol Clin. 2022;14(1):53-62. doi:10.1016/j.ccep.2021.11.001 PubMed PMID: 35221085; PubMed Central PMCID: PMC8576114.
4. Ghelani SJ, Spaeder MC, Pastor W, Spurney CF, Klugman D. Demographics, Trends, and Outcomes in Pediatric Acute Myocarditis in the United States, 2006 to 2011. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2021;5(5):622-7. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.112.965749
5. Lampejo T, Durkin SM, Bhatt N, Guttman O. Acute myocarditis: aetiology, diagnosis and management. Clin Med (Lond). 2021;21(5):e505-10. doi:10.7861/clinmed.2021-0121 PubMed PMID: 34507935; PubMed Central PMCID: PMC8439515.
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2021 [citado 26 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases>
7. Sociedad y Federación Internacional de Cardiología. Cooperación internacional en la cardiología mundial: el papel de la World Heart Federation. Revista Española de Cardiología (English Edition) [Internet]. 2022 [citado 26 de enero de 2025];52(5):289-93. Disponible en:

<https://www.revespcardiolo.org/es-cooperacion-internacional-en-la-cardiolo-articulo-X0300893299000906>

8. Wang YWY, Liu RB, Huang CY, Li HY, Zhang ZX, Li XZ, et al. Global, regional, and national burdens of myocarditis, 1990–2019: systematic analysis from GBD 2019. *BMC Public Health*. 2023;23(1):714. doi:10.1186/s12889-023-15539-5
9. Terry KJ, Narducci D, Moran B, Chang P, Orlando D, Bindas B, et al. Myocarditis in Athletes: Risk Factors and Relationship with Strenuous Exercise. *Sports Med*. 2024;54(3):607-21. doi:10.1007/s40279-023-01969-z
10. Patiño M, Bolaños SC, Proaño DE. Miocarditis viral fulminante por covid-19 con secuenciación genómica, biopsia endomiocárdica y colocación de marcapasos. A propósito de un caso. *Metro Ciencia*. 2021;29((suppl 2)):53-7. doi:10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/53-57
11. Blauwet LA, Cooper LT. Myocarditis. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2021;Unusual Cardiomyopathies52(4):274-88. doi:10.1016/j.pcad.2009.11.006
12. Reyes Toledo RE, Roa Culma LA. Análisis de características clínicas y etiológicas de pacientes con miocarditis aguda en un hospital de alta complejidad de atención en salud [Internet]. 2024 [citado 7 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12495/13951>
13. Zambrano Hernández HN, Díez Chávez AP. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares asociadas al COVID-19. [Internet]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2024 [citado 7 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/23648>
14. Ruscitti P, Cola ID, Vitale A, Caggiano V, Palumbo P, Cesare ED, et al. Evaluation of Myocarditis in Patients With Still Disease: Clinical Findings From the Multicenter International AIDA Network Still Disease Registry.

The Journal of Rheumatology. 2025;52(3):226-33.
doi:10.3899/jrheum.2024-0683 PubMed PMID: 39547690.

15. Hyun J, Pack D, Bak M, Park H, Kim HY, Lee S, et al. Clinical Characteristics and Outcomes of Acute Myocarditis: An Analysis of Korean Multicenter Registry. Korean Circulation Journal. 2024;55.
doi:10.4070/kcj.2024.0229
16. Büchel J, Balestra G, Ochoa SC, Haaf P, Müller C, Badertscher P, et al. Sex-Based Differences in Clinical Characteristics of Patients with Acute Myocarditis: A Cohort Study. The American Journal of Medicine. 2024;137(11):1104-1113.e1. doi:10.1016/j.amjmed.2024.06.039 PubMed PMID: 38977149.
17. Schütze J, Greisser N, Joss P, Gebhard C, Bernhard B, Greulich S, et al. Sex- specific differences in suspected myocarditis presentations and outcomes. Int J Cardiol. 2025;418:132593.
doi:10.1016/j.ijcard.2024.132593 PubMed PMID: 39332453.
18. Al-Akchar M, Shams P, Kiel J. Acute Myocarditis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441847/>
19. Johnson K, Ghassemzadeh S. Chest Pain. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470557/> PubMed PMID: 29262011.
20. Hashmi MF, Modi P, Basit H, Sharma S. Dyspnea. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499965/> PubMed PMID: 29763140.

21. Kastor JA. Cardiac Arrhythmias. University of Maryland, Baltimore, Maryland, USA [Internet]. 2022. Disponible en: <https://physiology.elte.hu/gyakorlat/cikkek/Cardiac%20arrhythmias.pdf>
22. Salari N, Karimi Z, Hemmati M, Mohammadi A, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of vasovagal syncope: A systematic review and meta-analysis. *Global Epidemiology*. 2024;7:100136. doi:10.1016/j.gloepi.2024.100136
23. Rivasi G, Ungar A, Moya A, Brignole M, Sutton R, Fedorowski A. Syncope: new solutions for an old problem. *Kardiol Pol*. 2021;79(10):1068-78. doi:10.33963/KP.a2021.0138 PubMed PMID: 34668180.
24. Maisel P, Baum E, Donner-Banzhoff N. Fatigue as the Chief Complaint–Epidemiology, Causes, Diagnosis, and Treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2021;118(33-34):566-76. doi:10.3238/arztebl.m2021.0192 PubMed PMID: 34196270; PubMed Central PMCID: PMC8579431.
25. Wasserman DD, Creech JA, Healy M. Cooling Techniques for Hyperthermia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 6 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459311/> PubMed PMID: 29083764.
26. Sajadi MM, Mackowiak PA. Pathogenesis of Fever. En: Cohen J, Powderly WG, Opal SM, editores. *Infectious Diseases (Fourth Edition)* [Internet]. Elsevier; 2017 [citado 6 de marzo de 2025]. p. 605-610.e1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780702062858000678> doi:10.1016/B978-0-7020-6285-8.00067-8
27. Patel H, Skok C, DeMarco A. Peripheral Edema: Evaluation and Management in Primary Care. *Am Fam Physician*. 2022;106(5):557-64. PubMed PMID: 36379502.

28. Gopinathannair R, Olshansky B. Management of tachycardia. F1000Prime Rep. 2015;7:60. doi:10.12703/P7-60 PubMed PMID: 26097733; PubMed Central PMCID: PMC4447058.
29. du Toit R, Karamchand S, Doubell AF, Reuter H, Herbst PG. Lupus myocarditis: review of current diagnostic modalities and their application in clinical practice. Rheumatology. 2023;62(2):523-34. doi:10.1093/rheumatology/keac409
30. Al-Nokhatha SA, Khogali HI, Al Shehhi MA, Jassim IT. Myocarditis as a lupus challenge: two case reports. Journal of Medical Case Reports. 2019;13(1):343. doi:10.1186/s13256-019-2242-1
31. Justiz Vaillant AA, Goyal A, Varacallo MA. Systemic Lupus Erythematosus. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535405/> PubMed PMID: 30571026.
32. Neves FS, Pereira IA, Sztajn bok F, Neto NSR. Sarcoidosis: a general overview. Advances in Rheumatology. 2024;64(1):57. doi:10.1186/s42358-024-00381-z
33. Hussain K, Shetty M. Cardiac Sarcoidosis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578192/> PubMed PMID: 35201720.
34. Cowie BS. Focused transthoracic echocardiography in the perioperative period. Anaesth Intensive Care. 2020;38(5):823-36. doi:10.1177/0310057X1003800505 PubMed PMID: 20865866.
35. Hashmani S, Manla Y, Matrooshi NA, Bader F. Red Flags in Acute Myocarditis. Cardiac Failure Review [Internet]. 2023 [citado 25 de febrero de 2025];10(10:e02). Disponible en: <https://www.cfrjournal.com/articles/red-flags-acute-myocarditis>

36. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial N° 449 [Internet]. 2008. p. 219. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
37. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423 [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
38. Fairweather D, Beetler DJ, Musigk N, Heidecker B, Lyle MA, Cooper LT, et al. Sex and gender differences in myocarditis and dilated cardiomyopathy: An update. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1129348. doi:10.3389/fcvm.2023.1129348 PubMed PMID: 36937911; PubMed Central PMCID: PMC10017519.
39. Ammirati E, Moslehi JJ. Diagnosis and Treatment of Acute Myocarditis: A Review. *JAMA*. 2023;329(13):1098-113. doi:10.1001/jama.2023.3371 PubMed PMID: 37014337.
40. Thilakaratne D, Bista R, Zenker M, Kaza R, Raissi S, Paul T. Myocarditis: Diagnostic Modalities and Treatment Options. *Cureus*. 2025;17(3):e79949. doi:10.7759/cureus.79949 PubMed PMID: 40034418; PubMed Central PMCID: PMC11873950.
41. Zafeiri M, Knott K, Lampejo T. Acute myocarditis: an overview of pathogenesis, diagnosis and management. *Panminerva Med*. junio de 2024;66(2):174-87. doi:10.23736/S0031-0808.24.05042-0 PubMed PMID: 38536007.
42. Martens P, Cooper LT, Tang WHW. Diagnostic Approach for Suspected Acute Myocarditis: Considerations for Standardization and Broadening Clinical Spectrum. *J Am Heart Assoc*. 5 de septiembre de 2023;12(17):e031454. doi:10.1161/JAHA.123.031454 PubMed PMID: 37589159; PubMed Central PMCID: PMC10547314.
43. Shyam-Sundar V, Mahmood A, Slabaugh G, Chahal A, Petersen SE, Aung N, et al. Management of acute myocarditis: a systematic review of

clinical practice guidelines and recommendations. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 19 de diciembre de 2024;10(8):658-68.
doi:10.1093/ehjqcco/qcae069 PubMed PMID: 39179417.

ANEXOS

Aprobación de tema

Permiso institucional



Memorando Nro. IESS-HTMC-JUTC-2026-0679-M

Guayaquil, 29 de julio de 2026

PARA: Sra. Mgs. Maria Gabriela Acuña Chong
Coordinador/a General de Investigación del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

ASUNTO: INSISTIDO: GENTIL RECORDATORIO: Solicitud de pertinencia y viabilidad para la realización del trabajo de investigación: " Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología"

De mi consideración:

En relación a memorando IESS-HTMC-CGI-2026-0416-M en el que indica :

Esta Coordinación realiza insistido a memorando Nro IESS-HTMC-CGI-2026-0405-M, asunto *gentil recordatorio a memorando nro.IESS-HTMC-CGI-2026-0388-M, mediante el cual se solicitó la pertinencia y viabilidad para la realización del trabajo de investigación: Solicitud de pertinencia y viabilidad para la realización del trabajo de investigación: " Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil "*.

Dicho documento indica lo siguiente:

Por medio de la presente, me dirijo a usted de manera atenta para solicitar se indique la pertinencia y factibilidad para la realización de dicho proyecto en la unidad médica que usted dirige. Cabe destacar que este estudio se desarrollará con fines exclusivamente académicos, en el marco del trabajo de investigación titulado:

" Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil ."

Este trabajo será desarrollado por por Crithian David Molina Peña, identificado con cédula de ciudadanía N.º0931175948, matriculado en la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica Santiago de Guayaquil, bajo la tutoría de la docente Licenciada Martha Holguín.

Se solicita indicar la pertinencia y viabilidad del presente trabajo.

De autorizarse la realización del presente trabajo, una vez que sea concluido, los autores del proyecto, deberá remitir una copia del documento final hacia la Unidad Médica y hacia la Coordinación de Investigación, con la finalidad de aportar con los hallazgos de la investigación a la mejora continua de la calidad de la atención médica en beneficio del personal de salud, la gestión institucional y, principalmente, de los afiliados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que son atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

Agradezco la apertura y colaboración institucional para la ejecución de este proyecto."

Tengo a bien informar que es factible realizar dicho trabajo de investigaicon.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Guayaquil, 16 de Julio del 2026

Mgs. María Gabriela Acuña Chong
Coordinadora General de Investigación
Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted de manera atenta para solicitar la autorización institucional para acceder a datos clínicos y hospitalarios de la unidad médica que usted dirige, con fines exclusivamente académicos, en el marco del trabajo de titulación que lleva por título:

"Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil."

Este trabajo será desarrollado por Cristhian David Molina Peña, identificada con cédula de ciudadanía N.º0931175948, matriculo en la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil, bajo la tutoría de la docente Licenciada Martha Holguin.

Nos comprometemos a:

1. Utilizar los datos única y exclusivamente con fines académicos e investigativos.
2. Garantizar el anonimato y la confidencialidad de los datos de los pacientes, cumpliendo con las normativas legales nacionales e internacionales sobre protección de datos personales y ética en investigación.
3. No divulgar ni reproducir información sensible fuera del marco del trabajo académico.
4. Compartir los resultados obtenidos con la institución de salud, como parte del compromiso de retroalimentación del conocimiento generado.
5. Aportar con los hallazgos de la investigación a la mejora continua de la calidad de la atención médica en beneficio del personal de salud, la gestión institucional y, principalmente, de la comunidad usuaria.

Estamos convencidos de que este trabajo puede constituir un aporte significativo al conocimiento científico, y contribuir a fortalecer los procesos clínicos, administrativos y de atención médica en su institución.

Agradecemos la apertura y colaboración institucional para la ejecución de este proyecto, y quedamos atentos a su aprobación y a cualquier requerimiento adicional que consideren pertinente.

Cordialmente,



Cristhian David Molina Peña
C.I.: 0931175947
Correo electrónico: cdmprcris99@gmail.com
Teléfono: 0959708195

www.iess.gob.ec

Matriz de recolección de datos



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

MATRIZ DE OBSERVACIÓN

TEMA: Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

OBJETIVO: Recolectar datos de la historia clínica de los pacientes

Aspectos sociodemográficos

Sexo Hombre ☐ Mujer ☐

Edad

Manifestaciones clínicas

Dolor torácico	☐
Disnea	☐
Arritmias	☐
Sincope	☐
Fatiga	☐
Fiebre	☐
Edema de miembros inferiores	☐
Palidez	☐
Taquipnea	☐
Taquicardia	☐

Causas

Infecciosas

Covid19	☐
Hepatitis C	☐
VIH	☐
Tuberculosis	☐

No infecciosas

Drogas	☐
LES	☐
Sarcoidosis	☐

Medios de diagnostico

Radiografía	☐
Ecocardiograma	☐
Electrocardiograma	☐
Resonancia Magnética	☐



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Molina Peña, Cristhian David**, con C.C: # **0931175947** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **01 de septiembre de 2026**

f.

Nombre: **Molina Peña, Cristhian David**

C.C: **0931175947**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Cristhian David, Molina Peña		
REVISOR(ES)/ TUTOR(ES)	Lcda. Martha Lorena Holguín Jiménez. Mgs		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre de 2026	No. DE PÁGINAS:	44
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud y Bienestar humano		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Prevalencia; Miocarditis aguda; Pacientes		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del músculo cardíaco, diagnosticada mediante criterios histológicos, inmunológicos e inmunohistoquímicos. Objetivo: Determinar la prevalencia de miocarditis aguda en pacientes de 20 a 60 años que acuden al área de cardiología de un hospital de la ciudad de Guayaquil. Metodología: Se empleó un estudio descriptivo, de método cuantitativa, con diseño retrospectivo y de corte transversal. Población/muestra: 110 a los pacientes con diagnóstico de miocarditis aguda. Técnica: Observación indirecta. Instrumento: Matriz de observación. Resultados: Las características sociodemográficas correspondieron a los hombres 57,3% y las mujeres 42,7%; en edades de 51 – 60 años 42,7% y 41 – 50 años 21,8%. En cuanto a las manifestaciones clínicas la fatiga fue el más frecuente con el 36,4%; seguido de disnea 31,8% y dolor torácico 24,5%. Dentro de las causas de la miocarditis de origen infecciosos el COVID-19 represento el 15,5% y las no infecciosas las drogas representaron el 16,4%. En relación a los medios diagnósticos el electrocardiograma fue empleado en el 80,9% de los pacientes. Conclusión: se determinó una prevalencia de la miocarditis aguda del 2% durante el periodo de enero a diciembre del 2025.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-959708195	E-mail: @cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Geny Margoth Rivera Salazar, Msc		
	Teléfono: +593-993095069		
	E-mail: geny.rivera@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			