



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

TEMA:

**FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN 2016**

AUTOR:

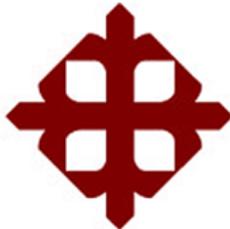
Jorge David Aguirre Iñiguez

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

TUTOR:

Doctora Elizabeth Benites Estupiñan

**Guayaquil, Ecuador
2017**



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Aguirre Iñiguez Jorge David**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

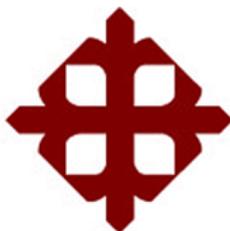
TUTORA

f. _____
Dra. Benites Estupiñan Elizabeth

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 20 del mes de septiembre del año 2017



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Jorge David Aguirre Iñiguez

DECLARÓ:

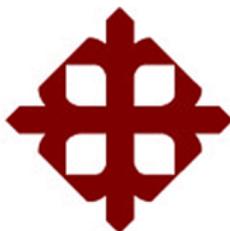
El Trabajo de Titulación: “**FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN 2016**” previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

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

Guayaquil, a los 20 del mes de septiembre del año 2017

EL AUTOR

Jorge David Aguirre Iñiguez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA: MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Jorge David Aguirre Iñiguez

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN 2016”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 del mes de septiembre del año 2017

AUTOR:

Jorge David Aguirre Iñiguez

AGRADECIMIENTO

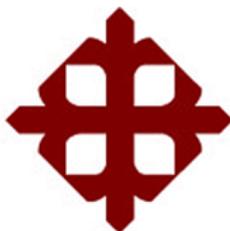
Agradezco principalmente a Dios que fue mi fortaleza y estuvo en los momentos difíciles de esta larga carrera, a mi familia que fue el sustento y los causantes de la persona que soy, y a mis amigos(as) que me acompañaron juntos en este arduo camino para cumplir mis anhelos y metas.

Jorge David Aguirre Iñiguez

DEDICATORIA

Dedico este título a Dios y a mi familia que luego de tantos problemas y sacrificios son los pilares fundamentales en la obtención de esta meta.

Jorge David Aguirre Iñiguez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. Vásquez Cedeño Diego

Dr. Huamad Garaicoa Fuad

Dr. Tutiven Jaramillo Guido

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	III
AUTORIZACIÓN	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VII
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I: INSUFICIENCIA CARDIACA	2
CAPITULO II: Calidad de vida relacionada con la salud	4
CAPITULO III: Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire	5
CAPITULO IV.....	6
4.1 HIPÓTESIS:	6
4.2 OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
4.2.1 Objetivo General:	6
4.2.2 Objetivo Específico:	6
4.3 MATERIALES Y METODOS	7
4.3.1 Criterios de inclusión:	7
4.3.2 Criterios de exclusión:	7
4.3.3 Muestra:	7
4.4 Variables:	8
4.5 Técnicas y procedimientos de obtención de la información.....	8
4.6 Técnicas y procedimientos de análisis de la información.....	9
4.7 Consideraciones éticas	9

CAPITULO V	10
5.1 RESULTADOS:	10
CAPITULO VI	13
6.1 DISCUSIÓN:	13
CAPITULO VII	15
7.1 CONCLUSIONES:	15
7.2 RECOMENDACIONES	16
7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	16
ANEXOS	19

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).	19
Tabla 2: Frecuencias de las características demográficas en los pacientes con insuficiencia cardiaca.	20
Tabla 3: Valoración del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.	20
Tabla 4: Análisis de fiabilidad con Alfa de Cronbach para Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).	20
Tabla 5: Relación entre las variables sociodemográficas y Dimensión Física del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.	20
Tabla 6: Relación entre las variables sociodemográficas y Dimensión Emocional del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.....	20
Tabla 7: Relación entre las variables sociodemográficas y dimensión Económica del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.....	20
Tabla 8: Relación entre las variables sociodemográficas y Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.	20

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca es una de las enfermedades más frecuentes y con mayor morbimortalidad. Es la primera causa de muerte cardiovascular en el Ecuador según el instituto Nacional de Estadística y Censo. La insuficiencia cardiaca causa la muerte en el 4-10% de todos los hombres y el 8-18% de todas las mujeres.

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo que afectan la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Ponton año 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de observacional, descriptivo de tipo transversal, en pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón y que hayan sido diagnosticados con insuficiencia cardiaca entre el periodo de enero a diciembre del 2016.

RESULTADOS: Las variables sociodemográficas relacionadas con dimensión global del Minnesota Living Questionnaire determinado por chi cuadrado obtuve valores estadísticamente significativos en las variables clase funcional de disnea y estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES: En el Ecuador queda validado el uso del test de Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire porque se obtuve un valor de análisis de fiabilidad del 0,91 siendo un test para valorar correctamente calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

PALABRAS CLAVE: Insuficiencia cardiaca, prevalencia, factores de riesgo, calidad de vida relacionada a la salud, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, clase funcional New York Heart Association.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Heart failure is one of the most frequent and morbid diseases. It is the leading cause of cardiovascular death in Ecuador according to the National Institute of Statistics and Census. Heart failure causes death in 4-10% of all men and 8-18% of all women.

OBJECTIVE: To determine the risk factors that affect quality of life in patients with heart failure at the Guayaquil Specialties Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón year 2016.

MATERIALS AND METHODS: A cross-sectional observational study of patients treated at the Guayaquil Hospital of Dr. Abel Gilbert Pontón and diagnosed with heart failure between January and December of 2016.

RESULTS: The sociodemographic variables related to the global dimension of the Minnesota Living Questionnaire determined by chi square obtained statistically significant values in the functional class variables of dyspnea and hospital stay.

CONCLUSIONS: In Ecuador, the use of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire test was validated because a reliability analysis value of 0.91 was obtained, being a test to correctly assess the quality of life of patients with heart failure.

KEYWORDS: Heart failure, prevalence, risk factors, health-related quality of life, Minnesota living with heart failure questionnaire, functional class New York Heart Association.

INTRODUCCION

La insuficiencia cardiaca es una de las enfermedades más frecuentes y letales a la que se enfrentan los médicos en la práctica clínica. La prevalencia se encuentra alrededor de 1-2% en pacientes entre 40-60 años y del 10-17% en pacientes mayores de 60 años. Además, en el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadística y Censo las enfermedades cardiovasculares ocupan la primer causa de mortalidad.⁽¹⁻⁴⁾

La calidad de vida relacionada con la salud en la Insuficiencia Cardíaca ha sido estudiada principalmente en América del norte (Estados Unidos y Canadá), Europa y Asia. En América del Sur específicamente en el Ecuador no se conoce el compromiso de la calidad de vida en los pacientes. Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire nos ayudara a determinar el grado de afectación en la insuficiencia cardiaca.⁽⁵⁾ Este test es un cuestionario desarrollado en Estados Unidos en 1987, que determina el grado de compromiso de la calidad de vida en los pacientes, por medio de tres dimensiones como son física, emocional y económica.⁽⁶⁻⁸⁾

La Insuficiencia Cardíaca ha sido un problema creciente de salud pública en los países desarrollados. Este aumento generalmente asociado con la edad, factores de riesgo y comorbilidad.⁽⁵⁾ La prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares y la rehabilitación cardíaca por medio de unidades especializada de insuficiencia cardiaca constituyen varias estrategias para mejorar la atención, el diagnóstico correcto, educación de pacientes, manejo terapéutico, y por supuesto la mejoría en la supervivencia y la calidad de vida del paciente.⁽⁹⁻¹¹⁾

CAPITULO I: INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardiaca es un síndrome compuesto por múltiples síntomas que son disnea, fatiga, congestión pulmonar, edema generalizada y evidencia objetiva por medio de electrocardiograma e ecocardiograma una modificación o alteración en la estructura o función del corazón.⁽¹²⁾

La insuficiencia cardiaca es una de las enfermedades más frecuentes y con mayor morbimortalidad. Prevalencia en mayores de 40 años, pero en menores de 60 años es del 1-2%, a diferencia de pacientes mayores de 60 años donde se presentan en el 10 a 17%. Es la primera causa de muerte cardiovascular en el Ecuador según el instituto Nacional de Estadística y Censo. Se estima que para el año 2020 habrá un incremento de pacientes con insuficiencia cardiaca en un 24%. La insuficiencia cardiaca causa la muerte en el 4-10% de todos los hombres y el 8-18% de todas las mujeres. ^(1,10,11)

La insuficiencia cardíaca se considera un grave problema de salud pública al que están expuestos gran parte de los pacientes cardiopatas, deteriorando su calidad de vida en comparación con la población en general, sobre todo aquellos que padecen hipertensión arterial, enfermedad coronaria, cardiopatía dilatada y valvulopatía. ^(4,13)

El impacto de la insuficiencia cardiaca sobre la calidad de vida es determinado por varios factores como son el sexo, edad, clase funcional de disnea, alteraciones morfológicas y fisiológicos de cavidad cardiaca, mortalidad y salud mental. ⁽⁵⁾

El diagnóstico de la insuficiencia cardiaca se lo hace con la presencia simultánea de tres criterios: síntomas como disnea, fatiga y edema; evidencia por ecocardiografía de daño estructural y funcional de la cavidad cardiaca; mejoramiento de los síntomas con tratamiento. También otra forma es por medio de los criterios de Framingham propuestos en 1971, donde comprende criterios mayores y menores. La presencia de al menos dos criterios mayores o un criterio mayor y dos criterios menores confirma el diagnóstico. ⁽¹⁴⁾

Las características epidémicas, etiológicas, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento suman altos costos para el estado y paciente, que lo lleva verse mermado en la calidad de vida, junto con aumento de la morbimortalidad. Por lo tanto, se requiere de un amplio equipo interdisciplinario y por medio de unidades especializados de insuficiencia cardiaca tener un manejo óptimo de la historia de la enfermedad. ⁽¹⁵⁾

CAPITULO II: Calidad de vida relacionada con la salud

Según la Organización Mundial de la Salud se ha definido la calidad de vida relacionada con la salud como la percepción personal que un individuo tiene de su situación en la vida. ^(4,16) Para una mejor comprensión se lo dividió en dimensiones que son: física, psicológico, emocional que al relacionarlo engloban el comportamiento de la persona en la sociedad.

La calidad de vida relacionada con la salud a como las enfermedades afecta la vida del paciente de acuerdo a esferas físicas, ocupacional, funcionamiento social e psicológicos y percepciones del estado de salud. Las variables que afectan a la calidad de vida en la insuficiencia cardiaca son las características sociodemográficas, clase funcional de disnea y disfunción en el ventrículo izquierdo.⁽⁵⁾ Para cuantificar el daño en la calidad de vida existen instrumentos o test genéricos (Medical Outcomes Study Short Form 36 y el cuestionario general de salud) y específicos (Kansas City cuestionario y Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire).^(4,17,18)

Los comportamientos de autocuidado para la insuficiencia cardiaca son determinantes para el mejor control de la enfermedad donde incluyen: dieta, índice de masa corporal, manejo de síntomas, apego a medicación y asistir regularmente a la consulta para el manejo de síntomas o complicaciones que afecten la calidad de vida del paciente. ⁽¹⁹⁾

CAPITULO III: Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

Este cuestionario fue desarrollado en Estados Unidos por Thomas Rector en 1987, siendo una herramienta específica para evaluar la calidad de vida en las pacientes con insuficiencia cardíaca, por medio de la valoración de tres dimensiones: física, emocional y económica, llevándolo a un análisis completo de la enfermedad y de su evolución. ^(2,6)

El cuestionario incluye 21 preguntas, las cuales van orientados a evaluar el grado de afectación de la calidad de vida por la insuficiencia cardíaca. Se obtienen puntuaciones sobre la dimensión física, emocional y económica. Es autoaplicable, con respuestas que nos permiten medir actitudes y conocer el grado de conformidad en la enfermedad, con valores que van desde 0 a 5, siendo directamente proporcional cuando se obtiene un mayor puntaje, mayor el compromiso de la calidad de vida. ⁽²⁰⁾

La interpretación de los resultados del test para su mayor comprensión se agrupa en tres aspectos: La dimensión física corresponde a las preguntas 2 a 7, 12 y 13; la dimensión emocional las preguntas 17 al 21; y la dimensión económica las preguntas 8 al 14 y 15. Las preguntas 1-16 no son valorables ya que pueden ser provocados por otras patologías. En la sumatoria total si se obtiene un valor menor de 35 comprende un compromiso leve, entre 36-70 un compromiso moderado y de 71-105 un compromiso grave. ⁽²¹⁾

Independientemente se valora cada dimensión siendo un valor en la dimensión física de menor de 13 puntos hablamos de un compromiso leve; un compromiso moderado entre 14-25 y 26 a 40 puntos un compromiso grave. Respecto a la dimensión emocional, con puntaje menor de 8 hablamos de compromiso leve; entre 9-16 puntos es moderado y entre 17-25 puntos hablamos de compromiso grave. Y finalmente con la dimensión económica los puntajes menores de 5 estamos frente a un compromiso leve, entre 6-10 moderado y grave de 11-15 puntos. ⁽²¹⁾

CAPITULO IV

4.1 HIPÓTESIS:

Los pacientes con insuficiencia cardiaca tienen muy afectada su calidad de vida.

4.2 OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Objetivo General:

- Establecer los factores de riesgo que afectan la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 2016.

4.2.2 Objetivo Específico:

1. Analizar los factores de riesgo que afectan la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca.
2. Describir el sexo y la edad con mayor deterioro en su calidad de vida.
3. Identificar los antecedentes patológicos personales que inciden en el empeoramiento de la calidad de vida.
4. Definir el análisis de fiabilidad del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.
5. Comparar las variables con Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.

4.3 MATERIALES Y METODOS

Estudio de observacional, descriptivo de tipo longitudinal, en pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón y que hayan sido diagnosticados con insuficiencia cardiaca entre el periodo de enero a diciembre del 2016, que cumplan los siguientes criterios.

4.3.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 40 años.
- Pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca.

4.3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que no fueron atendidos en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
- Pacientes con diagnóstico de derrame pericárdico o pericarditis.
- Pacientes menores de 40 años.

4.3.3 Muestra:

Selecciono a todos los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca entre enero y diciembre del 2016.

4.4 Variables:

Variable	Definición	Tipo	Medida
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa	40-64 años Mayor 65 años
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Cualitativa	Masculino Femenino
Insuficiencia cardíaca	Es un síndrome consecuencia de la incapacidad del corazón para bombear la cantidad de sangre que necesita el organismo.	Cualitativa	Si/No
Antecedentes patológicos personales	Son enfermedades relacionadas con otras patologías.	Cualitativa	Valvulopatía, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica.
Clase Funcional NYHA	Valora la actividad física del paciente midiendo la presencia y severidad de la disnea.	Cualitativa	Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV
Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire	Sirve para valorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca por medio de tres dimensiones: física, emocional y económica.	Cualitativa	Compromiso leve, compromiso moderado y compromiso grave.
Estancia Hospitalaria	Es un indicador de eficiencia hospitalaria y depende de varios factores: enfermedad, persona e institución.	Cuantitativa	Menor 7 días. Mayor 7 días
Fallecimiento	Muerte de una persona producido por la conjugación de uno o varios factores.	Cualitativa	Si/No

4.5 Técnicas y procedimientos de obtención de la información

Se recolectará información de las historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y entrevista a los pacientes para contestar el Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire para determinar la valoración de su calidad de vida de los pacientes.

4.6 Técnicas y procedimientos de análisis de la información

Para el análisis estadístico primero se convirtieron las variables cualitativas en variables cuantitativas y luego se utilizaron se utilizarán medidas de resumen como frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar. Para determinar el análisis de fiabilidad del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire se usó prueba alfa de Cronbach. Para identificar la asociación de variables se empleará chi-cuadrado. La presentación de la información será a través de tablas. Se confeccionará y elaborará una base de datos en Excel y luego para facilitar el procesamiento de la información mediante el software profesional SPSS 22.0 para Windows 7.

4.7 Consideraciones éticas

Cumpliendo con los principios éticos fundamentales como: el respeto por las personas o autonomía, el de beneficencia y no maleficencia y el de justicia, a cada uno de los pacientes seleccionados le serán explicados de forma concreta y hasta lograr su comprensión, las características de la investigación, quedando estos en plena libertad de abstenerse de su participación en el estudio si así lo consideran. Durante el desarrollo de este trabajo se mantendrá una conducta ética. La investigación será sometida para su valoración por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la institución responsable.

CAPITULO V

5.1 RESULTADOS:

En el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2016 se seleccionaron 92 pacientes con insuficiencia cardíaca de los cuales el 64,1% masculino y el 35.9% femenino. De acuerdo con la edad se dividieron en dos grupos entre 40 a 64 años (54.3%) y mayores de 65 años (45.7%). Los antecedentes patológicos personales que se manifestaron en mayor frecuencia fue la cardiopatía isquémica con el 52.2%, seguido de hipertensión arterial con 30.4% y valvulopatía con el 17.4%. Se determinó el diagnóstico de insuficiencia cardíaca por medio de los criterios de Framingham, los que cumplieron con dos criterios mayores (60.9%), 1 criterio mayor y 2 criterio menores con el 39.1%. La clase funcional de disnea en los pacientes con insuficiencia cardíaca se presentó en mayor frecuencia en la clase III con 37%, seguido de la clase IV con 33.7%, clase II con 23.9% y al final clase I con 5.4%. La estancia hospitalaria en los pacientes se presentó en mayor frecuencia en el grupo que tuvieron mayor de siete días de hospitalización con 53.3%. La frecuencia de los fallecimientos en los pacientes con insuficiencia cardíaca se presentó en el 7.6% en toda la población estudiada. (véase Tabla#2)

La valoración por dimensiones del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire, se determinó según la dimensión física que el 60.9% tenían compromiso grave, en la dimensión emocional el 67.4% tenían un compromiso moderado y la dimensión económica el 56.5% tenían compromiso moderado. Al momento de calificar la dimensión global se pudo determinar que el 50% presenta un compromiso grave. (véase tabla#3)

Se estudiaron 21 preguntas del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire de los cuales la media fue de 64.09 con una varianza de 334,71 con desviación estándar 18.29, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.91. El valor de Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido sigo siendo un valor aproximado de 0.90 por cada pregunta.

Tabla 4: Análisis de fiabilidad con Alfa de Cronbach para Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).

Estadísticas de fiabilidad				
Alfa de Cronbach	N	Media	Varianza	Desviación estándar
0,91	21	64,09	334,718	18,295

ITEMS	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	,774	,900
2	,640	,904
3	,775	,900
4	,504	,907
5	,830	,899
6	,826	,898
7	,632	,904
8	,692	,902
9	,619	,904
10	,772	,900
11	,190	,914
12	,586	,905
13	,717	,901
14	,298	,911
15	-,033	,917
16	,629	,904
17	,535	,906
18	,320	,910
19	,103	,916
20	,510	,907
21	,358	,911

Al relacionar las variables sociodemográficas con cada una de las dimensiones del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire obtuve que en la dimensión física los factores que afectan la calidad de vida son: la disnea según la clase funcional New York Association y la estancia hospitalaria prolongada por una significancia estadísticamente significativo. La dimensión emocional los factores que intervienen en la calidad de vida son: antecedentes personales patológicos y clase funcional New York Association por tener un valor estadísticamente significativo. Por último, la dimensión económica los factores determinantes en la disminución de la calidad de vida fue antecedentes patológicos personales, clase

funcional New York Association y estancia hospitalaria prolongada por tener valores por debajo de 0,05, siendo estadísticamente significativo. (véase tablas# 5-7).

Al correlacionar las variables sociodemográficas con la dimensión global del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire por medio de chi cuadrado obtuvimos valores estadísticamente significativos en las variables clase funcional de New York Heart Association y estancia hospitalaria. A diferencia de las variables sexo, edad y antecedentes patológicos personales no se obtuvo un valor estadísticamente significativo.

Tabla 8: Relación entre las variables sociodemográficas y Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.

		TEST MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE QUESTIONNAIRE			CHI-CUADRADO	SIG.
		LEVE	MODERADO	GRAVE		
		N=92				
SEXO	MASCULINO	6	23	30	0,099	0,952
	FEMENINO	4	13	16		
EDAD	40 A 64 AÑOS	3	21	26	2,707	0,258
	MAYOR 65 AÑOS	7	15	20		
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	VALVULOPATIA	3	6	7	3,131	0,536
	CARDIOPATIA ISQUEMICA	6	17	25		
	HTA	1	13	14		
CLASE FUNCIONAL	CLASE I	3	2	0	70,79	0,001
	CLASE II	7	15	0		
	CLASE III	0	18	16		
	CLASE IV	0	1	30		
ESTANCIA HOSPITALARIA	MENOR 7 DIAS	8	20	15	9,258	0,01
	MAYOR 7 DIAS	2	16	31		

Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Jorge David Aguirre Iñiguez

CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN:

En el estudio Herrera C, et al determinaron de que en un total de 188 pacientes con insuficiencia cardiaca la edad promedio fue 76,59 años, donde el mayor número de pacientes se encontraba en el grupo de mayores 75 años que represento el 63,4%, con una frecuencia del sexo femenino de 57,8% y 42,2% masculino. A diferencia de mi muestra estudiada ya que el sexo masculino fue más prevalente con 64,1% y 35,9% femenino, con una edad promedio de 60,08 años, donde el 54,3% se encontraba entre los 40 a 65 años. ⁽²²⁾

Los antecedentes patológicos personales que se manifestaron en mayor frecuencia fue la cardiopatía isquémica con el 52.2%, seguido de hipertensión arterial con 30.4% y valvulopatía con el 17.4%. A diferencia con el estudio de Naveiro-Rilo et al donde la hipertensión arterial se presentó en mayor porcentaje con 46%. ⁽¹⁸⁾

La clase funcional de disnea en los pacientes con insuficiencia cardiaca se presentó en mayor frecuencia en la clase III con 37%, seguido de la clase IV con 33.7%, clase II con 23.9% y al final clase I con 5.4%. En menor frecuencia se presentaron en el estudio de Herrera, C. et al donde el 40% de los pacientes se encontraban entre la clase funcional III Y IV. ⁽²²⁾

La puntuación promedio del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire fue para aspectos físicos de 32,3 puntos, en aspectos económico 8,85 puntos y finalmente emocionales 6,05 puntos, pero se encontró en mi estudio un valor menor en la dimensión física con 24,57, pero en la dimensión emocional y económica un puntaje mayor en relación al estudio de Herrera, C. et al. ⁽²²⁾

Naveiro-Rilo et al obtuvieron un alfa de Cronbach oscila entre 0,79 y 0,94 para las dimensiones del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. En mi estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,91 para la dimensión global, pero al momento de separarlo por dimensiones obtuve un valor entre 0,898 a 0,914 siendo una puntuación confiable para determinar el compromiso de la calidad de vida. ⁽¹⁸⁾

Los factores que afectan la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca son la clase funcional New York Heart Association y estancia hospitalaria prolongada. Los factores como edad, sexo y antecedentes patológicos personales no se relacionaban con empeoramiento de la calidad de vida en relación con la dimensión global del cuestionario, así como en los estudios Naveiro-Rilo, Lupón y Díez, donde tampoco hubo relación con disminución de la calidad de vida, pero en mi estudio las dimensiones emocional y económica al relacionarlas individualmente con los antecedentes patológicos personales se encontró relación estadísticamente significativa. ^(3,20,22)

CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES:

- La insuficiencia cardiaca tiene una alta prevalencia en el Ecuador, siendo la primera causa de muerte a nivel nacional, causante de reingresos hospitalarios que aumenta el gasto para el paciente como para el estado, disminuyendo su calidad de vida y aumentando su morbimortalidad.
- Los factores de riesgos relacionados directamente en la calidad de vida en la insuficiencia cardiaca fueron: el grado de disnea según la clase funcional de New York Heart Association y estancia hospitalaria prolongada se relacionaban con compromiso grave de la calidad de vida.
- El control de la insuficiencia cardiaca debe ser un manejo multidisciplinario y no solo valorar al paciente desde un punto de vista clínico, sino también introducir valoraciones sobre la calidad de vida del paciente para mejorar las condiciones de salud de pacientes con enfermedades crónicas, para así poder tener un mejor control de la historia natural de la enfermedad.
- En el Ecuador queda validado el uso del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire porque un valor en el prueba Alfa de Cronbach de 0,91, se acepta como un test para valorar correctamente la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

7.2 RECOMENDACIONES

- Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire ha sido validado y certificado en muchos estudios, países y ahora validado en el Ecuador, utilizarlo como herramienta para determinar el compromiso de la calidad de vida de los pacientes para lograr un correcto y completo valoración en la insuficiencia cardiaca.
- Realizar estudio analíticos donde podamos comparar varios test de valoración de la calidad de vida relacionada a la salud, para determinar el test idóneo para la valoración de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardiaca en el Ecuador.
- Potenciar y crear unidades especializadas de insuficiencia cardiaca porque nos permitiera tener una mejor atención, diagnóstico, tratamiento y control de la calidad de vida de los pacientes.

7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Banegas JR. Insuficiencia cardiaca e instrumentos para medir la calidad de vida. 2008;61(3):233–5.
2. Quiñonez L. Factores que influyen en la calidad de vida del paciente con insuficiencia cardiaca en la consulta externa del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué. 2009;
3. Lupón J, Altimir S, González B, Parajón T, Urrutia A, Herreros J. Valoración de la calidad de vida en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario Minnesota Living With Heart Failure. 2006;41(3):150–7.
4. Castro JL, Conde LC, Rodríguez VF, Garrido JMF. Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-36. 2016;28(6).
5. Pelegrino VM, Aparecida R, Dantas S, Clark AM. Determinantes de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes atendidos en ambulatorios con insuficiencia cardíaca. 2011;19(3).
6. Parajón T, Lupón J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R. Aplicación en España del cuestionario sobre calidad de vida Minnesota Living With Heart Failure para la insuficiencia cardíaca 2004;(December).
7. Aguirre A, Jc M, Am CH, Igu P, Ferr R, Arizmendi DC, et al. Estudio de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca. 2009;4–9.
8. Anguita M, Formiga F, Almenar L, Manzano L, Mun J, Calidad V, et al. Resultados con insuficiencia cardiaca crónica del estudio VIDA-IC. 2017;69(3):256–71.
9. Marin M, Urbez M. Valoración de la capacidad funcional y la calidad de vida en los pacientes cardiopatas: ¿qué test y qué cuestionarios debemos utilizar? 2006;40(6):309–17.
10. Gonzalez M, Pedrero V. Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca Interventional strategies to improve quality of life in patients with Heart Failure . 2013;32:134–40.
11. Gonzalez E. Organización asistencial de la insuficiencia cardiaca desde la perspectiva del cardiólogo. 2012;73.
12. Aguayo B, Beistegui I, Echavarri M, Alda M. Efectividad del uso de nuevas tecnologías como herramientas de comunicación entre profesionales y

usuarios en una unidad de insuficiencia cardiaca. 2010;

13. Comin-Colet J, Anguita M, Formiga F, almenar L. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca cronica sistolica en Espana: Estudio VIDA-IC. 2016;69(3):256–71.
14. Pereira J, Rincon G, Niño D. Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. 2016;8(1):58–70.
15. Echazarreta D. Unidades de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar. 2013;(1900):1–28.
16. Bezerra I, Servantes D, Miranda P, Pelcerman A, Miranda X. Correlación entre Calidad de Vida y Capacidad Funcional en la insuficiencia cardiaca. Soc Bras Cardiol. 2010;95(2):238–43.
17. Ramos B, Figueroa C, Alcocer L, Rincon S. Validacion del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. 2011;
18. Naveiro-rilo JC, Diez-juárez DM, Romero A. Validación del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire en atención primaria. 2010;63(12):1419–27.
19. Arizaleta M. Nivel de autocuidado en personas con insuficiencia cardiaca en atencion primaria. 2014;
20. Naveiro-rilo JC, Diez-juárez MD, Flores-zurutuza L. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardiaca : visión desde atención primaria de salud. 2012;26(5):436–43.
21. Bilbao A, Escobar A, García-perez L, Navarro G, Quirós R. The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures. 2016;1–11.
22. Herrera C, Uribe M, Quiros R, Escobar A. Impacto de las variables clasicas en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca. 2013;213.

ANEXOS

Tabla 1: Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).

¿Su insuficiencia cardíaca le impidió vivir como hubiese querido durante el último mes por:	NO APLICA	MUY POCO	1	2	3	4	MUCHO
1. Causarle hinchazón en los tobillos o piernas?	0	1	2	3	4	5	
2. Hacer que tenga que sentarse o recostarse para descansar durante el día?	0	1	2	3	4	5	
3. Causarle dificultad para caminar o subir escaleras?	0	1	2	3	4	5	
4. Causarle dificultad para realizar trabajos en la casa o el jardín)	0	1	2	3	4	5	
5. Causarle dificultad para ir a lugares alejados de su casa?	0	1	2	3	4	5	
6. Causarle dificultad para dormir bien de noche?	0	1	2	3	4	5	
7. Causarle dificultad para relacionarse o hacer cosas con sus amigos o familiares?	0	1	2	3	4	5	
8. Causarle dificultad para trabajar y ganar un sueldo?	0	1	2	3	4	5	
9. Causarle dificultad con sus pasatiempos, deportes o hobbies?	0	1	2	3	4	5	
10. Causarle dificultad en las relaciones sexuales?	0	1	2	3	4	5	
11. Hacer que tenga que comer menos de las comidas que a Ud. Le gustan?	0	1	2	3	4	5	
12. Causarle falta de aire?	0	1	2	3	4	5	
13. Hacer que se sienta cansado, fatigado o con poca energía?	0	1	2	3	4	5	
14. Hacer que tenga que estar internado en un hospital o sanatorio?	0	1	2	3	4	5	
15. Producirle gastos en salud?	0	1	2	3	4	5	
16. Causarle efectos colaterales / indeseables a causa de la medicación?	0	1	2	3	4	5	
17. Hacer que se sienta una carga para su familia o amigos?	0	1	2	3	4	5	
18. Hacerle sentir que tiene un menor control sobre su vida?	0	1	2	3	4	5	
19. Causarle preocupación?	0	1	2	3	4	5	
20. Causarle dificultad para concentrarse o recordar cosas?	0	1	2	3	4	5	
21. Hacer que se sienta deprimido?	0	1	2	3	4	5	

Fuente: Junta de Andalucía cuidados de la calidad de vida en las enfermedades. **Elaborado por:** Jorge David Aguirre Iñiguez.

Tabla 2: Frecuencias de las características demográficas en los pacientes con insuficiencia cardiaca.

VARIBLES		N=92		
SEXO	MASCULINO	59	64,1%	
	FEMENINO	33	35,9%	
	Total	92	100%	
EDAD	40 A 64 AÑOS	50	54,3%	
	MAYOR 65 AÑOS	42	45,7%	
	Total	92	100%	
Antecedentes Patológica Personales	VALVULOPATIA	16	17,4%	
	CARDIOPATIA ISQUEMICA	48	52,2%	
	HIPERTENSION ARTERIAL	28	30,4%	
	Total	92	100%	
CRITERIOS DE FRAMINGHAN	2 CRITERIOS MAYORES	SI	56	60,9%
		NO	36	39,1%
		Total	92	100%
	1 CRITERIO MAYOR - 2 CRITERIOS MENORES	SI	36	39,1%
		NO	56	60,9%
		Total	92	100%
CLASE FUNCIONAL SEGÚN NYHA	CLASE I	5	5,4%	
	CLASE II	22	23,9%	
	CLASE III	34	37%	
	CLASE IV	31	33,7%	
	Total	92	100%	
ESTANCIA HOSPITALARIA	MENOR 7 DIAS	43	46,7%	
	MAYOR DE SIETEDIAS	49	53,3%	
	Total	92	100%	
FALLECIMIENTO	SI	7	7,6%	
	NO	85	92,4%	
	Total	92	100%	

Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.
Elaborado por: Jorge David Aguirre Iñiguez

Tabla 3: Valoración del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.

DIMENSIÓN FISICA		N=92	
COMPROMISO LEVE	16	17,4%	
COMPROMISO MODERADO	20	21,7%	
COMPROMISO GRAVE	56	60,9%	
TOTAL	92	100%	
DIMENSIÓN EMOCIONAL			
COMPROMISO LEVE	9	9,8%	
COMPROMISO MODERADO	62	67,4%	
COMPROMISO GRAVE	21	22,8%	
TOTAL	92	100%	
DIMENSIÓN ECONOMICA			
COMPROMISO LEVE	5	5,4%	
COMPROMISO MODERADO	52	56,5%	
COMPROMISO GRAVE	35	38,0%	
TOTAL	92	100%	
DIMENSIÓN GLOBAL			
COMPROMISO LEVE	10	10,9%	
COMPROMISO MODERADO	36	39,1%	
COMPROMISO GRAVE	46	50,0%	
TOTAL	92	100%	

Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.
Elaborado por: Jorge David Aguirre Iñiguez

Tabla 4: Análisis de fiabilidad con Alfa de Cronbach para Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).

Estadísticas de fiabilidad				
Alfa de Cronbach	N	Media	Varianza	Desviación estándar
0,91	21	64,09	334,718	18,295

ITEMS	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	,774	,900
2	,640	,904
3	,775	,900
4	,504	,907
5	,830	,899
6	,826	,898
7	,632	,904
8	,692	,902
9	,619	,904
10	,772	,900
11	,190	,914
12	,586	,905
13	,717	,901
14	,298	,911
15	-,033	,917
16	,629	,904
17	,535	,906
18	,320	,910
19	,103	,916
20	,510	,907
21	,358	,911

Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.
Elaborado por: Jorge David Aguirre Iñiguez

Tabla 5: Relación entre las variables sociodemográficas y Dimensión Física del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.

		Dimensión Física del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire				
		LEVE	MODERADO	GRAVE	CHI-CUADRADO	SIG.
			N=92			
SEXO	MASCULINO	10	14	35	0,383	0,826
	FEMENINO	6	6	21		
EDAD	40 A 64 AÑOS	6	13	31	2,768	0,251
	MAYOR 65 AÑOS	10	7	25		
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	VALVULOPATIA	3	1	12	3,260	0,515
	CARDIOPATIA ISQUEMICA	9	11	28		
	HTA	4	8	16		
CLASE FUNCIONAL	CLASE I	4	1	0	77,952	0,001
	CLASE II	12	10	0		
	CLASE III	0	9	25		
	CLASE IV	0	0	31		
ESTANCIA HOSPITALARIA	MENOR 7 DIAS	12	13	18	12,605	0,002
	MAYOR 7 DIAS	4	7	38		

Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.
Elaborado por: Jorge David Aguirre Iñiguez

Tabla 6: Relación entre las variables sociodemográficas y Dimensión Emocional del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.

		Dimensión Emocional del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire				
		LEVE	MODERADO	GRAVE	CHI-CUADRADO	SIG.
			N=92			
SEXO	MASCULINO	6	36	17	3,600	0,165
	FEMENINO	3	26	4		
EDAD	40 A 64 AÑOS	5	30	15	3,363	0,186
	MAYOR 65 AÑOS	4	32	6		
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	VALVULOPATIA	0	15	1	21,447	0,001
	CARDIOPATIA ISQUEMICA	2	28	18		
	HTA	7	19	2		
CLASE FUNCIONAL	CLASE I	2	3	0	31,255	0,001
	CLASE II	6	16	0		
	CLASE III	0	27	7		
	CLASE IV	1	16	14		
ESTANCIA HOSPITALARIA	MENOR 7 DIAS	5	30	8	0,979	0,613
	MAYOR 7 DIAS	4	32	13		

Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Jorge David Aguirre Iñiguez

Tabla 7: Relación entre las variables sociodemográficas y dimensión Económica del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.

		Dimensión Económica del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire				
		LEVE	MODERADO	GRAVE	CHI-CUADRADO	SIG.
		N=92				
SEXO	MASCULINO	3	34	22	0,097	0,953
	FEMENINO	2	18	13		
EDAD	40 A 64 AÑOS	2	30	18	0,770	0,681
	MAYOR 65 AÑOS	3	22	17		
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	VALVULOPATIA	0	4	12	22,743	0,001
	CARDIOPATIA ISQUEMICA	0	31	17		
	HTA	5	17	6		
CLASE FUNCIONAL	CLASE I	1	4	0	36,065	0,001
	CLASE II	4	17	1		
	CLASE III	0	22	12		
	CLASE IV	0	9	22		
ESTANCIA HOSPITALARIA	MENOR 7 DIAS	3	31	9	10,032	0,007
	MAYOR 7 DIAS	2	21	26		

Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.
Elaborado por: Jorge David Aguirre Iñiguez

Tabla 8: Relación entre las variables sociodemográficas y Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.

		TEST MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE QUESTIONNAIRE				
		LEVE	MODERADO	GRAVE	CHI-CUADRADO	SIG.
		N=92				
SEXO	MASCULINO	6	23	30	0,099	0,952
	FEMENINO	4	13	16		
EDAD	40 A 64 AÑOS	3	21	26	2,707	0,258
	MAYOR 65 AÑOS	7	15	20		
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	VALVULOPATIA	3	6	7	3,131	0,536
	CARDIOPATIA ISQUEMICA	6	17	25		
	HTA	1	13	14		
CLASE FUNCIONAL	CLASE I	3	2	0	70,79	0,001
	CLASE II	7	15	0		
	CLASE III	0	18	16		
	CLASE IV	0	1	30		
ESTANCIA HOSPITALARIA	MENOR 7 DIAS	8	20	15	9,258	0,01
	MAYOR 7 DIAS	2	16	31		

Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.
Elaborado por: Jorge David Aguirre Iñiguez



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

DECLARACIÓN AUTORIZACIÓN

Yo, **Aguirre Iñiguez, Jorge David**, con C.C: # 0927202242 autor del trabajo de titulación: **Factores de riesgo que afectan la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca en el hospital de especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 2016**, previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 20 de septiembre de 2017

f. _____
Aguirre Iñiguez, Jorge David

C.C. # 0927202242



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Factores de riesgo que afectan la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca en el hospital de especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 2016.		
AUTOR(ES)	Jorge David Aguirre Iñiguez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Elizabeth Benites Estupiñan		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de septiembre de 2017	No. DE PÁGINAS:	26
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cardiovascular / Factores de Riesgo / Calidad de Vida		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Insuficiencia cardiaca, prevalencia, factores de riesgo, calidad de vida relacionada a la salud		
RESUMEN/ABSTRACT: INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca es una de las enfermedades más frecuentes y con mayor morbimortalidad. Es la primera causa de muerte cardiovascular en el Ecuador según el instituto Nacional de Estadística y Censo. La insuficiencia cardiaca causa la muerte en el 4-10% de todos los hombres y el 8-18% de todas las mujeres. OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo que afectan la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón año 2016. MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de observacional, descriptivo de tipo transversal, en pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón y que hayan sido diagnosticados con insuficiencia cardiaca entre el periodo de enero a diciembre del 2016. RESULTADOS: Las variables sociodemográficas relacionadas con dimensión global del Minnesota Living Questionnaire determinado por chip cuadrado obtuve valores estadísticamente significativos en las variables clase funcional de disnea y estancia hospitalaria. CONCLUSIONES: En el Ecuador queda validado el uso del test de Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire porque se obtuvo un valor de análisis de fiabilidad del 0,91 siendo un test para valorar correctamente calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca.			
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0988835562	E-mail: davidaguirreiniguez@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Diego Vásquez Cedeño		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diegovasquez@icloud.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			