



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TÍTULO:

**FACTORES DE DESCOMPENSACION DE MIOCADIOPATIA
DILATADA EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL ABEL
GILBERT PONTON PERIODO LECTIVO 2013-2014**

INFORME FINAL DE PROYECTO DE TESIS DE GRADO COMO
REQUISITO PARA LA OBTENCIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE
MÉDICO

AUTORES:

María Verónica Velasco Moyón

TUTOR:

Dr. Bolívar Vaca Mendieta

GUAYAQUIL ó ECUADOR
ANO 2015



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO:

**6FACTORES DE DESCOMPENSACION DE MIOCADIOPATIA DILATADA EN LA EMERGENCIA DEL
HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON PERIODO LECTIVO 2013-20146**

AUTOR/ ES:

Maria Verónica Velasco Moyon

REVISORES:

Dr. Bolívar Vaca Mendieta

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: Medicina General

FECHA DE PUBLICACION:

Nº DE PÁGS:

ÁREAS TEMÁTICAS:

PALABRAS CLAVE:

Insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía dilatada, sobrecarga hídrica.

RESUMEN:

El propósito de este trabajo fue identificar los factores de descompensación y causas de miocardiopatía dilatada en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón en el año 2013-2014. Para este estudio se incluyó los pacientes que han sido atendidos por emergencia por miocardiopatía dilatada en el Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el año 2013 y 2014, se excluirán los pacientes con miocardiopatía dilatada hospitalizados que no cumplan con los criterios de inclusión. El estudio es Descriptivo retrospectivo utilizando la información que está en los registros de la base de datos del servicio de los pacientes atendidos durante el período de estudio, en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, la misma que será tabulada en cuadros gráficos. Se obtuvieron 142 historias clínicas, pero según dichos criterios de inclusión y exclusión solo fueron validas 78 historias clínicas, 30 historias del 2013 y 48 historias clínicas del 2014 con CIE de miocardiopatía dilatada confirmado.

Nº DE REGISTRO

Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL

ADJUNTO PDF:

SI

NO

**CONTACTO CON
AUTOR/ES:**

**Teléfono:
0997911047**

**E-mail:
vero26905@hotmail.com**

**CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:**

Nombre:

Teléfono:

E-mail:



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

Esta Tesis cuya autoría corresponde a María Verónica Velasco Moyón ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar el Grado Académico de Médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA ESCUELA DE MEDICINA



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR MARÍA VERÓNICA VELASCO MOYÓN con CI 0923362024

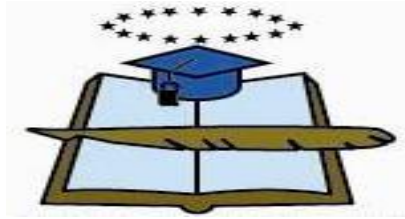
CUYO TEMA DE TESIS ES:

**FACTORES DE DESCOMPENSACION DE MIOCADIOPATIA DILATADA
EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON PERIODO
LECTIVO 2013-2014**

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

TUTOR

DR. BOLÍVAR VACA MENDIETA



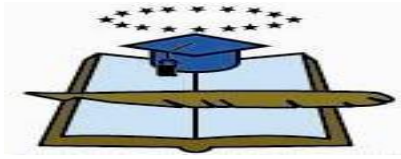
**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta esta etapa de mi vida, con muchos tropiezos en la vida y que mis padres siempre me ayudaron a salir adelante y estuvieron a mi lado apoyándome en todo momento para que cada día sea mejor persona y una excelente profesional.

A mi abuela que fue mi segunda madre y desde el cielo me dio toda la fuerza necesaria para salir adelante y terminar con éxito este primer escalon de muchos.

A mi abuelo que es mi segundo padre al cual amo con mi vida y que también ah sido mi apoyo de todo el tiempo.



AGRADECIMIENTO

Agradezco este trabajo a Dios por darme la vida.

De igual manera a mis padres Jorge y María del Carmen, tal vez para todos los seres humanos sus padres sean los mejores, pero tengo unos padres hermosos que a pesar que no les demuestro cada día que los amo son mi pilar fundamental para seguir adelante en mis proyectos.

A mi hermano Jorge Luis que también me apoyado siempre que ha podido

A mi abuela que a pesar de los años que ya no esta en la vida terrenal no me ha cambiado lo que siento por ella y mi abuelo que a pesar de que no vivimos juntos lo adoro mucho

A mi chiquito primo hermano Angelo que es mi segundo hermano.

A una persona especial en mi vida que siempre me dio buenos consejos y que nunca dejo que me rindiera.

A los mejores amigos del mundo, que son como hermanos Omar, Mingkii, Diego

Maluli, Jessica, Gabriela, Cindy, Gerardo, Bolo, Jorge, Betzabet, Jairo

Agradezco a personas especiales en mi vida que siempre me entendieron en todo momento Dra Mery Suarez, Dr. Geovanny Mera, Dr Carlos Soledispa,

Dr Machuca

RESUMEN

OBJETIVO: El propósito de este trabajo fue identificar los factores de descompensación de miocardiopatía dilatada en el Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón en el año 2013-2014.

METODO: Para este estudio se incluyó los pacientes que han sido atendidos por emergencia por descompensación de miocardiopatía dilatada en el Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el año 2013 y 2014, se excluirán los pacientes con miocardiopatía dilatada que no cumplan con los criterios de inclusión. El estudio es Descriptivo retrospectivo utilizando la información que está en los registros de la base de datos del servicio de los pacientes atendidos durante el período de estudio, en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, la misma que será tabulada en cuadros gráficos.

RESULTADOS: Se obtuvieron 142 historias clínicas, pero según dichos criterios de inclusión y exclusión solo fueron validas 78 historias clínicas, 30 historias del 2013 y 48 historias clínicas del 2014 con CIE de miocardiopatía dilatada. En cuanto al sexo masculino fue el más afectado con 46 casos entre ambos años a diferencia de las mujeres con solo 32 casos. Gracias a este proyecto hemos podido establecer de una manera ordenada, tabulada y verídica la prevalencia de miocardiopatía dilatada en los años 2013 y 2014.

CONCLUSIONES: Gracias a este proyecto hemos podido establecer de una manera ordenada, tabulada y verídica la prevalencia de Miocardiopatía Descompensada que fue con un total de 78 casos, los cuales fueron 30 casos del 2013 y 48 casos del 2014.

PALABRAS CLAVES: insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía dilatada, sobrecarga hídrica, miocardiopatía obstructiva hipertrofica

ABSTRACT

OBJECTIVE: The purpose of this study was to identify the prevalence of decompensated dilated cardiomyopathy and risk factors at the Hospital Abel Gilbert Ponton in 2013-2014.

METHOD: For this study included patients who were hospitalized for decompensated dilated cardiomyopathy at the Hospital Abel Gilbert Ponton in 2013-2014, are excluded hospitalized decompensated dilated cardiomyopathy patients without risk factors. And that do not meet the inclusion criteria. The study is descriptive retrospective using information that is in the records of the database service patients seen during the study period, in the Hospital Abel Gilbert Ponton in 2013-2014, the same will be tabulated in charts.

RESULTS: during the study period, 142 records were obtained, but according to these inclusion and exclusion criteria were valid only 78 medical records, 30 and 48 stories of 2013-2014 medical records CIE with decompensated dilated cardiomyopathy confirmed. As the male sex was the most affected with 46 cases for both years unlike women with only 32 cases.

CONCLUSIONS: Through this project, we established an orderly manner, tabular and true prevalence of decompensated dilated cardiomyopathy in the years 2013 and 2014 which was a total of 78 cases, which were 30 cases in 2013 and 48 cases of 2014.

KEYWORDS: Congestive heart failure, dilated cardiomyopathy, fluid overload, hypertrophic obstructive cardiomyopathy

CONTENIDO

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
CAPITULO I.....	- 3 -
EL PROBLEMA	- 3 -
1.1 Planteamiento Del Problema	- 3 -
1.2 Justificación Del Problema	- 4 -
1.3 Determinación Del Problema.....	- 6 -
1.4 Formulación Del Problema.....	- 6 -
1.5 Objetivos.....	- 6 -
1.5.1 Objetivo General:	- 6 -
1.5.2 Objetivos Específicos:	- 7 -
1.6 Variables.....	- 7 -
1.6.1 Dependientes:	- 7 -
1.6.2 Independientes:.....	- 7 -
1.6.3 Interviniente:	- 7 -
CAPITULO II	- 8 -
MARCO TEÓRICO	- 8 -
2.1 Miocardiopatía Dilatada	- 8 -
2.2.1 Definición.....	- 8 -
2.2.2 Etiología.....	- 8 -
2.2.3 Anatomía Patológica.....	- 9 -
2.2.4 Fisiopatología	- 10 -
2.2.5 Causas, Incidencias Y Factores De Riesgo.....	- 12 -
2.2.6 Cuadro Clínico	- 12 -
2.2.7 Diagnóstico	- 14 -
2.2.8 Pronostico.....	- 17 -
CAPITULO III.....	- 18 -
MATERIALES Y MÉTODOS	- 18 -
3.1 Lugar De Investigación	- 18 -
3.2 Periodo De Investigación.....	- 18 -
3.3 Tipo De Investigación	- 18 -
3.4 Universo.....	- 18 -

3.5 Muestra	- 18 -
3.6 Técnicas Para La Recolección De Datos	- 19 -
3.7 Procesamiento Y Análisis De Datos	- 19 -
CAPITULO IV	- 21 -
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	- 21 -
4.1 Resultados	- 21 -
4.1 Discusión	- 26 -
CONCLUSIONES.....	- 27 -
CAPITULO VI.....	- 28 -
RECOMENDACIONES	- 28 -
Bibliografía.....	- 29 -

Contenido de Tablas

Tabla 1. Comparación de pacientes de miocardiopatía dilatada según el sexo

Tabla 2. Comparacion de pacientes con miocardiopatía dilatada según la edad promedio en ambos sexos

Tabla 3. Comparacion de factor de riesgo de miocardiopatía dilatada descompensada con mayor prevalencia 2013-2014 según el sexo

Tabla 4. Comparación de factor de riesgo de miocardiopatía dilatada descompensada con mayor prevalencia 2013-2014 según el sexo

Tabla 5. Comparación de la tasa de mortalidad por miocardiopatía descompensada, PERIODO 2013 ó 2014

INTRODUCCIÓN

Se trata de una enfermedad miocárdica primaria, caracterizada por una hipertrofia asimétrica del ventrículo izquierdo (V.I.), sin ninguna causa identificable. Se han descrito también otras formas como, hipertrofia simétrica del V.I, e incluso la participación del ventrículo derecho. Suele ser hereditaria, siendo la forma más frecuente de transmisión autosómica dominante, aunque también aparecen casos esporádicos.

La manifestación clínica más llamativa de la miocardiopatía hipertrófica (M.C.H.) es la muerte súbita de origen cardiaco, de la que se describe una incidencia en torno al 2-3% anual en adultos. Los síntomas clínicos más relevantes son disnea, dolor torácico, pre síncope o síncope.

Ocupan un lugar preponderante en los países en vías de desarrollo (América Latina, Asia y África) que van adquiriendo patrones de morbilidad y mortalidad cada día más parecidos a los países desarrollados. Así, la cardiopatía o arteriopatía coronaria o isquémica representa la etiología más frecuente de incapacidad cardiovascular (30 % a 50 %) y muerte en Estados Unidos, convirtiéndose esta enfermedad en un importante problema de salud pública, tanto en nuestro medio como a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud en el 2004 determinó que esta entidad patológica es la primera causa de muerte en todo el planeta. La incidencia de enfermedad coronaria es de 31,3 % entre los 65 a 69 años de edad, siendo la incidencia de muerte súbita más prominente en mujeres (75 %), que. en hombres (50 %). Según el INEC, para el año 2014 la cardiopatía isquémica ocupó la quinta causa de muerte en el Ecuador. En América Latina se estima que para el 2020 siete de cada diez muertes se deberán a

enfermedades no transmisibles y que la cardiopatía coronaria será la causa fundamental. Los estudios epidemiológicos han identificado varios factores de riesgo importantes para las cardiopatías coronarias prematuras. Cuando existen dos o más factores de riesgo ya conocidos, la predicción de que se presente un evento coronario se incrementa de forma exponencial

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento Del Problema

Determinar la Prevalencia de Miocardiopatía Dilatada y factores de descompensación asociados en el Hospital Abel Gilbert Pontón en los años 2013 y 2014.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en los países desarrollados e industrializados de Occidente. Ocupan un lugar preponderante en los países en vías de desarrollo (América Latina, Asia y África) que van adquiriendo patrones de morbilidad y mortalidad cada día más parecidos a los países desarrollados. Así, la cardiopatía o arteriopatía coronaria o isquémica representa la etiología más frecuente de incapacidad cardiovascular (30 % a 50 %) y muerte en Estados Unidos, convirtiéndose esta enfermedad en un importante problema de salud pública, tanto en nuestro medio como a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud en el 2004 determinó que esta entidad patológica es la primera causa de muerte en todo el planeta. La incidencia de enfermedad coronaria es de 31,3 % entre los 65 a 69 años de edad, siendo la incidencia de muerte súbita más prominente en mujeres (75 %), que. en hombres (50 %). Según el INEC, para el año 2014 la cardiopatía isquémica ocupó la quinta causa de muerte en el Ecuador. En América Latina se estima que para el 2020 siete de cada diez muertes se deberán a enfermedades no transmisibles y que la cardiopatía coronaria será la causa fundamental. Los estudios epidemiológicos han identificado varios factores de riesgo importantes para las cardiopatías coronarias

prematuras. Cuando existen dos o más factores de riesgo ya conocidos, la predicción de que se presente un evento coronario se incrementa de forma exponencial. De acuerdo con informes previos, los programas de detección y tratamiento oportuno de los factores predisponentes de enfermedad coronaria isquémica modifican notablemente que se desarrolle la enfermedad.

Según datos del Ministerio de Salud, en 2009 se registró una tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica de 6,5 por 100.000 habitantes; para 2010 el INEC informó que esa tasa asciende a 14,1 por 100.000 habitantes.

1.2 Justificación Del Problema

Las estadísticas alarmantes de América Latina según nos indica los datos de la OMS, Scielo, y los datos proporcionados por el Inec, aumenta la necesidad de realizar este estudio sobre factores de descompensación de miocardiopatía dilatada y complicaciones de miocardiopatía dilatada, ya que muchas de estas complicaciones podrían evitarse si se informara a los pacientes sobre las distintas patologías correspondientes.

Proyectándose a corto plazo, mejorar el manejo, pasos de bioseguridad, mejor monitorización del paciente, mejor dosificación y adecuación del tratamiento, mejor reconocimiento de parte de los familiares y pacientes, a mediano plazo disminución de la estancia de pacientes, a largo plazo una área de emergencia con la mejor gestión de calidad en el país y porque no en toda Latinoamérica.

Es conveniente realizar esta investigación porque disminuirá la estancia de pacientes con miocardiopatía dilatada, lo que llevara a la disminución del presupuesto económico que ocupa el hospital en dichos pacientes.

La población atendida se sentirá protegida, gustosa y que está siendo atendido con calidad y calidez por parte del área de emergencia, recibiendo así un mejor estilo de vida.

Los familiares de los pacientes que se sienten seguros y tranquilos de que sus pacientes están bien tratados, las personas que trabajan en el área de emergencia , los cuales año a año recibirán reconocimiento de parte de la administración del hospital y del Estado por su buen trabajo, la administración del hospital quienes recibirán de parte del Ministerio de Salud Pública reconocimientos por su buena gestión de calidad, y el estado en general, por la disminución de gastos, por la baja tasa de reingreso y aumento de estancia hospitalaria.

Tendremos con esta investigación, acceso para realizar una mejor investigación, análisis y estadísticas, de los pacientes con miocardiopatía dilatada de toda la región que da cobertura el Hospital Abel Gilbert Pontón

1.3 Determinación Del Problema

Naturaleza: Es un estudio de observación indirecta de tipo retrospectivo descriptivo.

Campo: Medicina Interna

Área: Cardiología

Aspectos: Factores de descompensación

Tema: òFACTORES DE DESCOMPENSACION DE MIOCADIOPATIA DILATADA EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON PERIODO LECTIVO 2013-2014ö

1.4 Formulación Del Problema

1. ¿Cuales serian los factores riesgo de descompensación de miocardiopatía dilatada en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón periodo 2013 - 2014?
2. ¿Cuál sería la edad promedio de pacientes con miocardiopatía dilatada?
3. ¿Cuál es el género con mayor prevalencia de miocardiopatía dilatada?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General:

Determinar los factores de descompensación y sus causas de miocardiopatía dilatada en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón periodo 2013 -2014 por medio de un estudio de observación indirecta tipo retrospectivo, para sugerir medidas de prevención y así aportar con información al servicio.

1.5.2 Objetivos Específicos:

- Cuantificar el porcentaje la incidencia de casos de miocardiopatía dilatada en el periodo 2013 -2014.
- Identificar los principales factores de riesgo de descompensación de miocardiopatía dilatada.
- Establecer cuál es la edad promedio con mayor predisposición a miocardiopatía dilatada.
- Obtener el género que con mayor frecuencia llegan con miocardiopatía dilatada descompensada.
- Señalar y describir las complicaciones más frecuentes de miocardiopatía dilatada.

1.6 Variables

1.6.1 Dependientes:

Factores de Descompensación de miocardiopatía dilatada

1.6.2 Independientes:

En Pacientes con miocardiopatía dilatada.

1.6.3 Interviniente:

No llevar el tratamiento adecuado, ni las recomendaciones necesarias

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Miocardiopatía Dilatada

2.2.1 Definición

La miocardiopatía dilatada (MD) es una causa frecuente de insuficiencia cardíaca y es el diagnóstico más frecuente en pacientes sometidos a trasplante cardíaco. Desde el punto de vista clínico, la MD se caracteriza por dilatación y disfunción contráctil del ventrículo izquierdo o de ambos ventrículos. La dilatación ventricular es generalmente severa y se acompaña siempre de hipertrofia. La MD puede ser idiopática, genética/familiar, viral y/o inmune, alcohólica/tóxica, o asociada a otras cardiopatías en las cuales el grado de disfunción miocárdica no se explicaría por una determinada sobrecarga hemodinámica o severidad de daño isquémico. Probablemente, el síndrome clínico de la MD representa un final común al que se llega a través de múltiples mecanismos citotóxicos, metabólicos, inmunológicos, infecciosos y familiares. El alcohol, por ejemplo, puede producir disfunción miocárdica severa, con manifestaciones clínicas, hemodinámicas y anatomopatológicas idénticas a las de la MD idiopática. (1)

2.2.2 Etiología

La etiología y los mecanismos patogénicos son desconocidos en alrededor de la mitad de los casos de MD. Para explicar el daño miocárdico crónico y progresivo se han

propuesto tres principales etiopatogenias: *a)* infección viral crónica del miocardio que produce daño celular; *b)* alteración de los mecanismos inmunes que conduce probablemente a una enfermedad autoinmune, y *c)* factores genéticos que serían directa o indirectamente responsables de la enfermedad. La importancia de los factores genéticos ha sido poco valorada durante muchos años. Así, en un estudio retrospectivo realizado en la Clínica Mayo en 1981, sólo un 2% de los casos se identificaron como familiares (1)

Aún en la actualidad, en la mayor parte de los casos de MCD la causa subyacente no llega a descubrirse, por lo que se siguen catalogando como primarios o idiopáticos. Algunos de ellos se consideran residuos de miocarditis agudas virales que evolucionarían hacia miocardiopatía dilatada crónica por mecanismos autoinmunes. También parecen existir evidencias de asociación entre Hipertensión Arterial, pertenencia a raza negra, asma y otras enfermedades atópicas con MCD idiopático (2)

2.2.3 Anatomía Patológica

El examen necrópsico del corazón muestra aumento del tamaño con dilatación de las cuatro cámaras. El espesor de la pared ventricular puede estar disminuido debido a la dilatación, aunque un incremento en el peso del corazón suele reflejar que la hipertrofia ha ocurrido. Las válvulas son anatómicamente normales, pero la mitral y la tricúspide pueden presentar dilatación de sus anillos y elongación de los músculos papilares. Las arterias coronarias suelen ser también normales, aunque la MCD puede coexistir con

enfermedad coronaria. Con frecuencia se encuentran trombos murales en aurículas o ventrículos. (2)

Los estudios post mortem demuestran habitualmente dilatación de las cuatro cámaras cardíacas, en especial los ventrículos, que se acompaña a veces de aumento de grosor de la pared. Las válvulas cardíacas son intrínsecamente normales y es frecuente la presencia de trombos intracavitarios. Desde el punto de vista histológico, es típica la presencia de miocitos hipertróficos y muertos, sustituidos por fibrosis con variable afectación del sistema de conducción. Los componentes de la matriz extracelular están aumentados de forma no selectiva. Aunque la ausencia de células inflamatorias se utiliza como criterio para diferenciar la MD de la miocarditis, en algunos casos de MD se detectan células T inflamatorias y células endoteliales activadas, sugiriendo la posible contribución de un proceso inflamatorio crónico en la patogenia de esta enfermedad (1)

2.2.4 Fisiopatología

El corazón adquiere forma globular, con dilatación de las cavidades, engrosamiento endocárdico difuso y posible formación de trombos en su interior. No hay una lesión específica, sino que el daño miocárdico es generalizado, con remodelado ventricular. Los cardiomiocitos o células contráctiles, que constituyen un tercio del total de las células miocárdicas, presentan muerte por apoptosis o necrosis e hipertrofia compensadora. Las otras células miocárdicas, como fibroblastos, células de músculo liso vascular y células endoteliales, que, a diferencia de los cardiomiocitos, mantienen la capacidad de proliferar, se multiplican. Además, la matriz extracelular, constituida por

proteínas del tejido conectivo y responsable de la arquitectura cardíaca y del alineamiento de los miocitos, también presenta una alteración del colágeno, con fibrosis intersticial. Todos estos procesos, como decíamos, causan un remodelado patológico del corazón, caracterizado por aumento de la masa miocárdica, dilatación ventricular y grosor normal o reducido de las paredes ventriculares. (3)

En la fisiopatología de la miocardiopatía dilatada intervienen múltiples factores. Entre ellos, destacan para el conocimiento y tratamiento de la enfermedad los siguientes:

- Deterioro de la función contráctil que conduce a un descenso proporcional de la eyección ventricular con aumento del volumen residual y, secundariamente, del volumen y presión ventriculares por la lesión miocárdica difusa.
- La respuesta inicial del ventrículo a la sobrecarga en un intento de mejorar la contractilidad, es un aumento de longitud de los sarcómeros, pero cuando se sobrepasa el punto óptimo de separación entre miofilamentos (2.2 micras), no solo no se consigue ese objetivo sino que incluso se produce la temida hipertrofia.
- Existe afectación de el corazon derecho e izquierdo, con la consiguiente congestión venosa retrógrada y fallo anterógrado. Tanto la congestión como la disminución de la eyección influyen en la funcionalidad renal.
- También se produce la activación de una serie de mecanismos neurohormonales que participarán activamente en la fisiopatología de esta enfermedad: sistema renina-angiotensina-aldosterona, sistema nervioso simpático, hormona antidiurética, factor atrial natriurético, sistema caliceína-quininas, prostaglandinas, etc., sin olvidar la participación de endotelinas, citoquinas u

óxido nítrico. Estos sistemas van a determinar los síntomas y evolución de la enfermedad.

- Por último, algunos estudios han demostrado que en la insuficiencia cardíaca congestiva crónica se produce una regulación a la baja de los receptores beta-adrenérgicos del miocardio que está relacionada con la severidad de la disfunción ventricular izquierda. (4)

2.2.5 Causas, Incidencias Y Factores De Riesgo

Existen muchas causas que pueden provocar esta enfermedad entre las que se pueden encontrar deficiencias nutricionales, enfermedad de las válvulas cardíacas, anemia, estrés, infecciones virales (poco frecuentes), El Alcoholismo y sus Consecuencias alcoholismo (miocardiopatía alcohólica) y enfermedad de las arterias coronarias.

Las causas más comunes de miocardiopatía dilatada en niños son miocarditis idiopática, enfermedad coronaria y algunas infecciones. La miocardiopatía dilatada puede afectar a personas de cualquier edad, aunque es más común en hombres adultos. Algunos de los factores de riesgo en adultos son obesidad, consumo de cocaína, antecedentes personales o familiares de trastornos cardíacos (como la miocarditis) y alcoholismo. (5)

2.2.6 Cuadro Clínico

Los síntomas y signos de la miocardiopatía dilatada son consecuencia de la disfunción sistólica y, aunque pueden los pacientes estar asintomáticos, en general presentan fatigabilidad, disnea de esfuerzo que avanza hasta la ortopnea, y edema periférico. La

tos con el esfuerzo y/o nocturna informa del edema pulmonar incipiente. Un síntoma también frecuente son las palpitaciones, estas pueden ser debidas a taquicardia sinusal que puede darse incluso en reposo, o al desarrollo de otro tipo de arritmias, tanto supraventriculares como ventriculares. De ellas, la más frecuente es la fibrilación auricular, que aparece en un 25 por ciento de los casos, casi la mitad de los pacientes fallecen de forma súbita, presumiblemente por arritmias ventriculares. (6)

Los embolismos son muy frecuentes, habiéndose observado un aumento en la incidencia en relación con la presencia de fibrilación auricular crónica o paroxística, antecedentes de embolismo previo, disfunción ventricular severa o el hallazgo ecocardiográfico de trombos intracavitarios. El dolor precordial existe en un buen porcentaje de pacientes con coronarias normales, traduciendo una isquemia subendocárdica. Un síntoma poco frecuente es la disfagia, que se produce porque la vena pulmonar izquierda, muy distendida, puede comprimir el esófago llegando a dificultar el paso de los alimentos. (7)

Los ataques agudos de disnea suelen aparecer durante la noche (disnea paroxística nocturna) y habitualmente sin un factor evidente que los desencadene. Se debe fundamentalmente al aumento del retorno venoso y a la disminución del estímulo adrenérgico que supone el sueño. Suele ceder también en pocos minutos tras levantarse, y al contrario que la ortopnea, no impide el volver a adoptar el decúbito. Es frecuente la aparición de accesos de tos seca irritativa precediendo a la disnea nocturna. El Edema Agudo de Pulmón supone la forma más grave de disnea. Cursa con sensación de asfíxia muy intensa, tos productiva de esputo rosado o hemoptisis franca y ruidos respiratorios en "olla hirviendo", pudiendo llegar a ser mortal en los casos más severos. Puede ser

desencadenado por un factor agravante que se suma a la situación de insuficiencia cardíaca preexistente como puede ser un infarto agudo de miocardio, una arritmia o una crisis hipertensiva. Algunos pacientes pueden no presentar disnea o tolerar bien el decúbito a pesar de del edema pulmonar, especialmente en los casos crónicos o cuando se asocia una insuficiencia ventricular derecha grave. (8)

2.2.7 Diagnóstico

El estudio del paciente con MD debe enfocarse no sólo al establecimiento del diagnóstico sindrómico, sino hacia la identificación, por los métodos de diagnóstico habituales, de posibles causas tratables o reversibles de la enfermedad.

Diagnóstico no invasivo. La historia clínica debe incluir preguntas relativas al posible consumo de alcohol y cocaína, medicamentos, hábitos nutricionales, estancias en zonas endémicas para infecciones, relación con animales, embarazos recientes, transfusiones sanguíneas, historia familiar de MD, somnolencia diurna y exposición profesional a tóxicos

. Asimismo, la idea de que la MD idiopática es con frecuencia un problema genético hereditario debe ser tomada en cuenta en la práctica clínica, estudiando sistemáticamente a los familiares de primer grado del paciente. En la mayoría de los pacientes la MD se manifiesta clínicamente entre los 20 y 60 años de edad, aunque la enfermedad puede afectar también a niños y ancianos. (9)

Los síntomas más frecuentes son los de insuficiencia cardíaca (disnea de esfuerzo progresiva, ortopnea, disnea paroxística nocturna y edemas periféricos). Otras formas de presentación son la detección accidental de cardiomegalia asintomática y los síntomas

relacionados con arritmias, alteraciones de conducción, complicaciones tromboembólicas o muerte súbita

La exploración física suele revelar diferentes grados de cardiomegalia y signos de insuficiencia cardíaca. La presencia de un galope presistólico (cuarto ruido) puede preceder a la aparición de insuficiencia cardíaca. El ritmo de galope ventricular (tercer ruido) es la regla en los casos con descompensación de la IC. Es frecuente la presencia de soplos sistólicos de insuficiencia mitral o, menos frecuentemente, tricuspídea

En todo paciente con MD se debe realizar una analítica rutinaria que incluya determinación de hormonas tiroideas y hierro sérico. Dependiendo de las posibilidades diagnósticas derivadas de la historia y exploración física, deberán realizarse otras pruebas de laboratorio más específicas, como las siguientes: anticuerpos antinucleares y otras pruebas serológicas para lupus, determinación de tiamina, carnitina y selenio, anticuerpos antimiosina, evaluación para descartar feocromocitoma, serología viral y pruebas genéticas. (10)

En el electrocardiograma, los pacientes con MD presentan frecuentemente bloqueo AV de primer grado, bloqueo completo de rama izquierda, hemibloqueo anterior o alteraciones inespecíficas de conducción intraventricular. Además, un tercio de los pacientes con MD pueden presentar fibrilación auricular. La presencia de taquicardia persistente, como en el caso de fibrilación auricular con rápida respuesta ventricular, puede dar lugar a cierta confusión, dado que la propia arritmia puede ser causa de MD (taquimiocardiopatía) (5)

- **Ecocardiografía:** Es una técnica muy útil para la confirmación del diagnóstico y la valoración de la función cardíaca. Entre sus ventajas se encuentran el ser no invasiva,

inocua y por tanto repetible, y barata. Sus limitaciones fundamentales se derivan de la propia técnica, de la variabilidad interobservador y de la necesidad de realizar ciertas aproximaciones geométricas sobre la morfología ventricular..

La Ecocardiografía Doppler permite comprobar en muchos casos las regurgitaciones valvulares mitral y tricúspide, incluso en ausencia de soplos. Pueden calcularse las presiones de ventrículo derecho y de arteria pulmonar. Para controlar la evolución de los enfermos, pueden realizarse mediciones de gasto cardiaco mediante Doppler, combinadas con el cálculo de la Fracción de Eyección y la dilatación de las cámaras obtenidos por Eco Bidimensional.

- **Estudios Isotópicos:** La Ventriculografía Isotópica permite calcular la Fracción de Eyección y el Gasto Cardiaco con muy buena reproductibilidad con los obtenidos por

- **Cateterismo Cardíaco:** El diagnóstico de MCD puede realizarse por estudios clínicos y no invasivos. El cateterismo cardiaco podría estar indicado para valoración de la gravedad de alteraciones valvulares, comprobar la existencia de patología coronaria asociada, o valorar los efectos de intervenciones terapéuticas. Pueden encontrarse un aumento de las presiones de llenado ventriculares, reducción del gasto cardiaco o aumento de las presiones en arteria pulmonar. Algunos de estos parámetros se han relacionado con la mortalidad de la miocardiopatía dilatada. La Ventriculografía muestra un ventrículo izquierdo de tamaño aumentado que se contrae débilmente.(1)

2.2.8 Pronostico

Su pronóstico es impredecible, debido a la gran variedad de causas que provocan MCD desde una insuficiencia cardiaca severa, que conduce a la muerte o al trasplante en poco tiempo, a una forma solapada de varios años o décadas de evolución, e incluso alguna recuperación espontánea ocasional. Su pronóstico depende de la causa, la edad de presentación y el grado de insuficiencia cardiaca. Se dice que un tercio se recuperará, un tercio se morirá y otro tercio quedará con una enfermedad cardiaca crónica. Si la causa es identificada y tratable (déficit de carnitina, arritmias, origen anómalo de la arteria coronaria izquierda de la arteria pulmonar. La supervivencia es buena. (10)

La mayor mortalidad o trasplante se produce en los 2 primeros años tras el diagnóstico, excepto cuando la causa es neuromuscular. La supervivencia actuarial es del 79% al año, y del 61% a los 5 años. Las muertes precoces se producen por insuficiencia cardiaca, y las tardías, por arritmias en corazones no completamente recuperados. Son más raras las muertes por complicaciones del trasplante. Es fundamental identificar factores de riesgo para facilitar el manejo de estos pacientes. En una revisión de 28 estudios se ha demostrado que son factores de buen pronóstico la edad de diagnóstico menor de un año, un menor deterioro de la función sistólica, y la miocarditis como causa. Las arritmias son frecuentes en la MCD, pero raramente ocasionan muerte súbita, ya que pueden ser eficazmente tratadas, no siendo éstas predictores de mal pronóstico. Una presión telediastólica > 20 mmHg resultó significativa como factor de riesgo en dos estudios, pero al ser una medición invasiva tiene una utilidad limitada. (4)

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Lugar De Investigación

El presente estudio se realizó en el área de Emergencia del Hospital Abel Gilbert Ponton de la Ciudad de Guayaquil, ubicado en la 29 y Galápagos.

3.2 Periodo De Investigación

La investigación comprende el año 2013 y 2014, obteniendo la información de las historias clínicas de los pacientes.

3.3 Tipo De Investigación

Observación indirecta de tipo retrospectivo.

3.4 Universo

Todos los pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert Pontón desde el 2013 hasta el 2014

3.5 Muestra

-Se incluirán en el estudio los pacientes que han sido atendidos en emergencia en el Hospital Abel Gilbert Pontón durante el año 2013 y 2014.

3.6 Técnicas Para La Recolección De Datos

El estudio se realizará utilizando la información que está en los registros de la base de datos del servicio de los pacientes atendidos durante el período de estudio, la misma que será tabulada en cuadros, gráficos para cada una de las variables en estudios así como la combinación de las mismas para su análisis e interpretación. Los instrumentos a utilizar serán las respectivas historias clínicas que cubren los datos de filiación, clínicos, métodos, exámenes de diagnósticos.

3.7 Procesamiento Y Análisis De Datos

Para analizar los datos demográficos utilizamos medias, desviación estándar y porcentajes, los cuales fueron tabulados en Microsoft Excel. Para la descripción de las características de la población se emplearon frecuencias simples, porcentajes y estadígrafos de posición estimando una dispersión de los valores de la media.

Criterios de inclusión

- a. Todos los pacientes con MIOCARDIOPATIA DILATADAS y con factores de descompensación
- b. Todos los pacientes atendidos durante el período de estudio.
- c. Todos los pacientes con información completa.

Crterios de exclusión

- a. Pacientes atendidos fuera del período de estudio.
- b. Pacientes con información incompleta.

CAPITULO IV

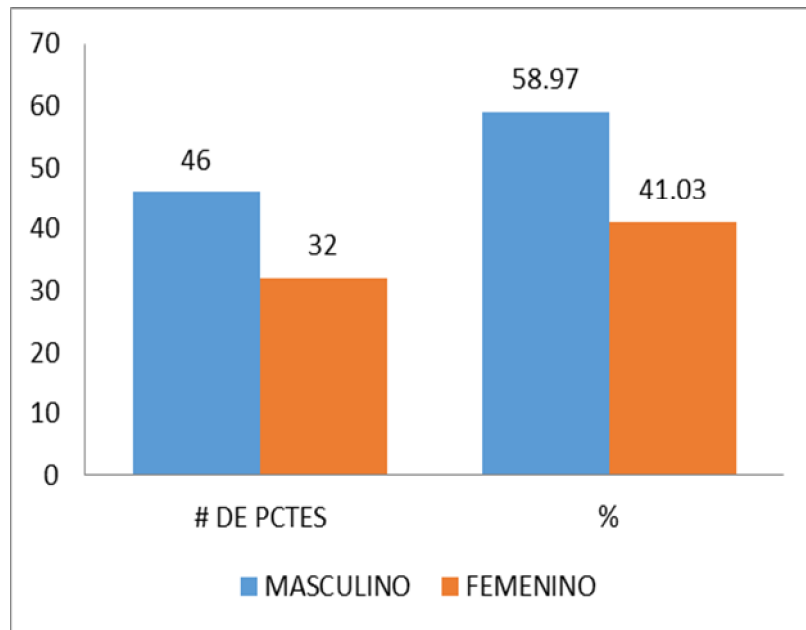
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

TABLA 1. PREVALENCIA DE MIOCARDIOPATIA DILATADA DESCOMPENSADA SEGÚN EL SEXO EN EL PERIODO 2013- 2014

SEXO	PACIENTES	%
MASCULINOS	46	58.97
FEMENINOS	32	41.03
TOTAL	78	

Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón.

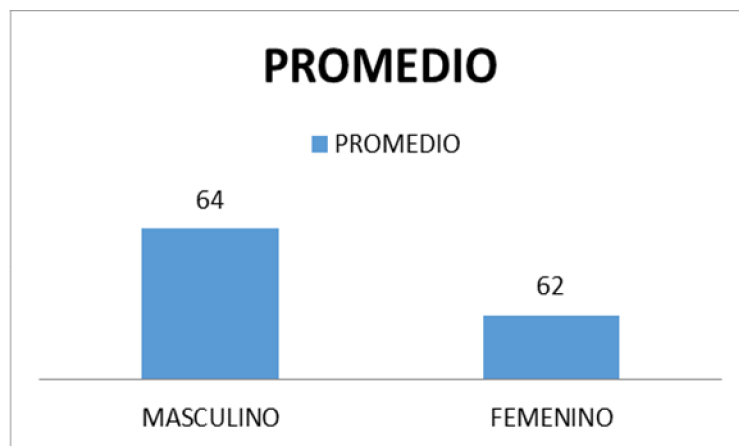


Graf 1: Se observa la prevalencia de Miocardiopatía Dilatada descompensada de sexo femenino con un total de 32 casos como en el sexo masculino con un total de 46 casos en el periodo 2013-2014

TABLA 2. COMPARACION DE LA PREVALENCIA DE MIOCARDIOPATIA DILATADA SEGÚN LA EDAD PROMEDIO EN AMBOS SEXOS

AÑO	No de PACIENTES	PROMEDIO DE EDAD
MASCULINO	46	64
FEMENINO	32	62

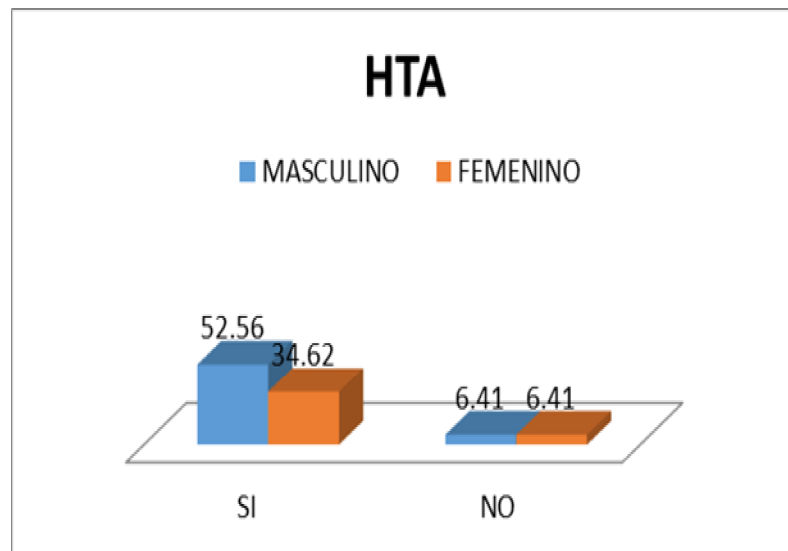
Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital Abel Gilbert Pontón.



Graf 2: Se observa la prevalencia Miocardiopatía Dilatada descompensada según la edad en ambos sexos

TABLA 3. FACTOR DE RIESGO DE MIOCARDIOPATIA DILATADA CON MAYOR PREVALENCIA 2013 - 2014 SEGÚN EL SEXO

HTA	No de Pacientes		No de Pctes	
	SI	NO	SI	NO
MASCULINO	41	5	52.56	6.41
FEMENINO	27	5	34.62	6.41

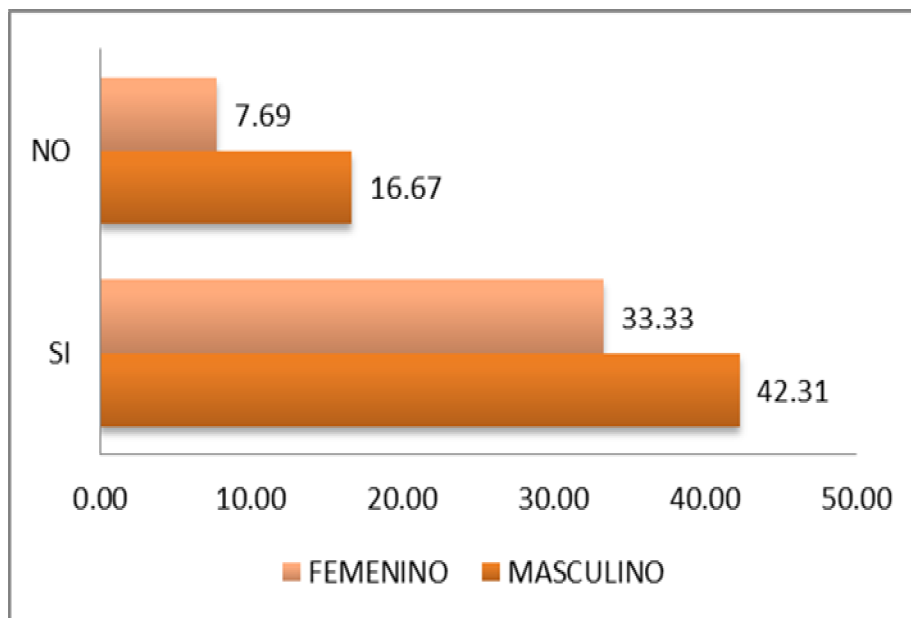


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital Universitario

Graf 3: Se observa con mayor prevalencia de Miocardiopatía dilatada descompensada por hipertensión arterial con mas frecuencia en masculinos de un 52.56 % y en femeninos de 34.62%

TABLA 4. FACTOR DE RIESGO DE MIOCARDIOPATIA DILATADA 2013 - 2014 SEGÚN EL SEXO

DIABETES	No de Pacientes		No de Pctes	
	SI	NO	SI	NO
MASCULINO	33	13	42.31	16.67
FEMENINO	26	6	33.33	7.69



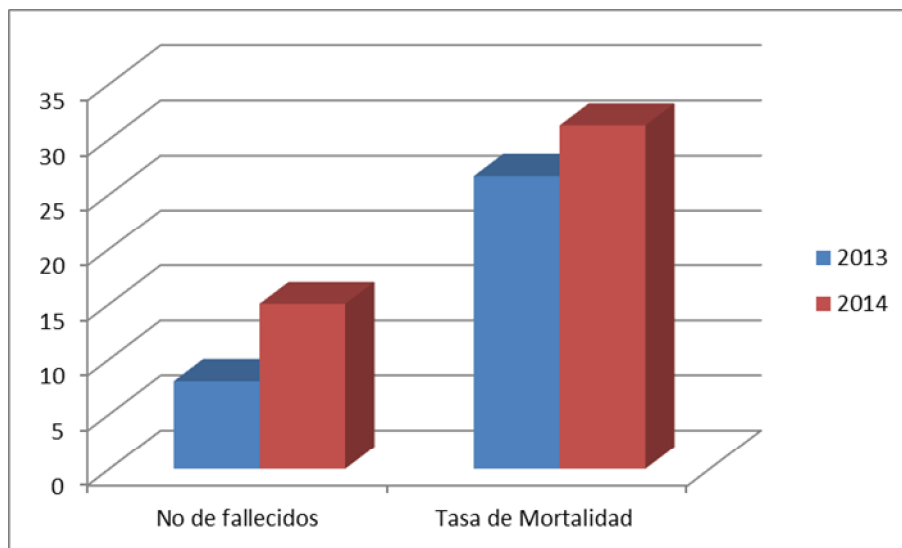
Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón.

Graf 4: se observa que la diabetes es el segundo factor de riesgo importante en la miocardiopatía descompensada que en sexo masculino la incidencia es de 42.31% y femenino 33.33 %

TABLA 5. TASA DE MORTALIDAD POR MIOCARDIOPATIA DILATADA DESCOMPENSADA, PERIODO 2013 ó 2014

AÑO	NO DE FALLECIDOS	TASA DE MORTALIDAD
2013	8	26.67%
2014	15	31.25%

Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón.



Graf 5: se muestra la tasa de mortalidad por miocardiopatía dilatada descompensada en el 2013 8 pctes con una tasa de 26.67 % del total de pacientes, mientras que en el 2014 la tasa fue de 31.25%

4.1 Discusión

En esta investigación se realizó un estudio de 78 pacientes en el cual se muestra que durante el periodo comprendido entre Enero del 2013 y Diciembre del 2014 la prevalencia de Miocardiopatía Dilatada Descompensada en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón de sexo femenino con un total de 32 casos como en el sexo masculino con un total de 46 en una incidencia de mayor predominio en masculinos con 58.97% mientras en el femenino 41.03%. Cabe discutir que los hombres son los más afectados que las mujeres con esta patología.

Observamos la edad en ambos sexos con más frecuencia de miocardiopatía dilatada, la incidencia en edad promedio en masculino de 64 años de edad mientras que en femenino es de 62 años.

También observamos la incidencia del factor de riesgo más importante en la descompensación de Miocardiopatía Dilatada, la Hipertensión Arterial con predominio en masculinos con 52.56% y femenino 34.62%

Mientras que la diabetes es de menor frecuencia que la hipertensión pero sigue siendo uno de los importantes factores de riesgo. Sexo masculino 42.31% y femenino 33.33%

Según este estudio observamos que la mortalidad por miocardiopatía dilatada descompensada en el años 2013 y 2014 ha ido en aumento, en el 2013 fue de 26.67% y en el 2014 del 31.25%, vale recalcar que es importante instalar medidas de prevención para evitar que dicha patología siga aumentando su mortalidad

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. Gracias a este proyecto hemos podido establecer de una manera ordenada, tabulada y verídica la incidencia de Miocardiopatía Dilatada Descompensada en los años 2013 y 2014 que fue con un total de 78 casos, los cuales fueron 30 casos del 2013 y 48 casos del 2014.
2. El sexo más afectado fue el masculino que el femenino. Con un total de 58.97 % en sexo masculino entre los 2 años a diferencia del sexo femenino que tuvo 41.03% entre los 2 años.
3. La edad de mayor prevalencia fue entre los 64 en masculino y 62 en femenino
4. Los factores de riesgos de mayor frecuencia fue en primer lugar la hipertensión arterial con un total de 86%, luego la diabetes 75%, de menor incidencia la obesidad y el tabaquismo
5. La tasa de mortalidad de Miocardiopatía Dilatada fue en el 2013 de 26.67 % y en el 2014 de 31.25%.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

Que en los respectivos subcentros y centros de salud hagan inducciones acerca del control para la hipertensión arterial y de otros factores de riesgo como la diabetes mellitus, y dar su oportuno tratamiento.

La prevención debe ir asociada necesariamente, a cambios en el estilo de vida (dieta) porque los factores de riesgos cardiovasculares se están presentando con mayor frecuencia, estos deben ser modificados por el paciente para controlar su patología de fondo.

Cuando el paciente se va de alta medica indicar todas las causas y factores de riesgo que podría presentar si no lleva a cabo el tratamiento adecuado mas indicaciones pertinentes por el medico.

Es muy importante que el médico que evalúa inicialmente el paciente con antecedentes familiares y detallar para llegar a un buen tratamiento y control, utilice de manera adecuada todas las herramientas clínicas, puesto que no existe un mayor cuidado por parte del paciente, se debe de indicar todas las pautas y complicaciones de dicha patología

Bibliografía

1. Galve, E. (s.f.). *revespcardiol*. Obtenido de <http://www.revespcardiol.org/es/guias-practica-clinica-sociedad-espanola/articulo/9344/>
2. Beisel KW, S. (s.f.). Obtenido de http://www.ecured.cu/index.php/Miocardiopatia_dilatada
3. Basilio, E. G. (s.f.). Obtenido de http://www.roche.es/content/dam/internet/corporate/roche/es_ES/documents/link26.pdf
4. Vasquez, M. R. (s.f.). Obtenido de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCwQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.secardioped.org%2Freadcontents.php%3Ffile%3Dwebstructure%2Ffp_cap44.pdf%26op%3Ddownload&ei=quiFVbSnLsWygSVo6_IDw&usq=AFQjCNGuq4AOsYwHGhx8xTmP1tLDhmP1Mg
5. . Towbin JA, Lowe AM, Colan SD, et al. Incidence, causes, and outcomes of dilated cardiomyopathy in children. *JAMA* 2006; 296: 1867-76.
6. . Lipshultz SE, Sleep LA, Towbin JA, et al. The incidence of pediatric cardiomyopathy in two regions of the United States. *N Engl J Med* 2003; 348: 1647-55.643
7. Nugent AW, Daubeney PEF, Chondros P, et al. The epidemiology of childhood cardiomyopathy in Australia. *N Eng J Med* 2003; 348: 1639-46.
8. Gagliardi MG. Dilated cardiomyopathy in children. *Acta Paediatr* 2006; 95 Suppl 452: 14-6.
9. . Bostan OM, Cil E. Dilated cardiomyopathy in childhood: prognostic features and outcome. *Acta*

10. . Daubeney P, Nugent A, Chondros P, et al. National Australian Childhood Cardiomyopathy Study. Clinical features and outcomes of childhood dilated cardiomyopathy: results from a national population-based study. *Circulation* 2006; 114: 2671-8.
11. Coughlin SS, S. M. (s.f.). Obtenido de <http://tratado.uninet.edu/c010602.html>

DECLARACIÓN FINAL

El (los) abajo firmante (s), de forma libre y voluntaria declaran lo siguiente:

- Que el proyecto descrito en este documento es una obra original, y por lo tanto asumimos la completa responsabilidad legal en el caso de que un tercero alegue la titularidad de los derechos intelectuales del proyecto, exonerando a la Escuela de Medicina de la Universidad de Guayaquil de cualquier acción legal que se derive por esta causa.
- Que el presente proyecto no causa perjuicio alguno al ambiente y no transgrede norma ética alguna; no se ha presentado ninguna otra institución pública o privada, nacional o internacional.
- Que acepto libre y voluntariamente que la Universidad de Guayaquil se reserve el derecho de determinar el destino final del mismo, una vez finalizado el proyecto.

Lugar: Guayaquil

Fecha: junio 2015

Nombre: *María Veronica Velasco*

CI: 0923362024

Investigadora pregradista

Nombre: *Dr. Bolívar Vaca Mendieta*

Tutor docente