UASB
Universidad Andina Simón Bolívar

UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR
CENTRO DE INFORMACION
SUCRE - BOLIVIA
SEDE CENTRAL

Cláusula de cesión de derecho de publicación de monografía

Yo Celida Sahonero Cabrera

autor/a de la monografía titulada:

PREVALENCIA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA MEDIANTE TELESALUD EN MAYORES DE 40 AÑOS EN EL MUNICIPIO DEMORO MORO – GESTIÓN 2023

mediante el presente documento, declaro que la obra mencionada es de mi exclusiva autoría y producción. Esta monografía ha sido elaborada como uno de los requisitos previos para la obtención del diplomado en: **"Salud y Telemedicina"** en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre.

Cesión de Derechos:

1. **Derechos Cedidos:** A partir de la fecha, cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación de la obra. La Universidad está autorizada a utilizar esta obra por cualquier medio, actualmente conocido o que se desarrolle en el futuro, siempre y cuando dicha utilización no se realice con fines de lucro. Esta cesión incluye la reproducción total o parcial en formatos virtual, electrónico, digital, u óptico, así como su uso en red local e Internet.

2. **Responsabilidades del Autor:** Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación o demanda por parte de terceros respecto de los derechos de autor de la obra mencionada, asumiré toda la responsabilidad legal frente a dichos terceros y frente a la Universidad, incluyendo, sin limitación, la defensa de tales reclamaciones y el mantenimiento de la Universidad indemne frente a las mismas.

3. **Entrega de Ejemplares:** En esta fecha, entrego a la biblioteca de la Universidad un ejemplar de la obra y sus anexos, en formatos impreso y digital o electrónico.

Fecha. 21/05/2025

Firma: .....

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE DIPLOMADO EN:

"SALUD Y TELEMEDICINA" – Versión I

PREVALENCIA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA MEDIANTE TELESALUD EN MAYORES DE 40 AÑOS EN EL MUNICIPIO DEMORO MORO – GESTIÓN 2023

Monografía presentada para optar al Diplomado en "Salud y Telemedicina"

ESTUDIANTE: CELIDA SAHONERO CABRERA

Santa Cruz – Bolivia

2024

RESUMEN

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad muy frecuente en el ejercicio de la medicina que se presenta cuando el corazón, a presiones de llenado normal, no puede bombear la cantidad de sangre que necesita el metabolismo de los tejidos 15.

Con el presente trabajo se logró identificar que de 138 pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023, 18 fueron diagnosticado con insuficiencia cardiaca y recibieron tratamiento mediante telesalud que representa el 13.04 % .

El 41.30 % presentan como antecedente patológico personal Enfermedad de Chagas positivo, siendo un porcentaje alto.

De los 138 pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023, el porcentaje más alto corresponde al sexo femenino llegando a ser el 65.94 % .

El 80.4 % corresponde a las teleinterconsultas nuevas, pudiendo observar que pocos son los que acuden a su seguimiento de su patología.

ABSTRACT

Heart failure is a very common disease in the practice of medicine that occurs when the heart, at normal filling pressures, cannot pump the amount of blood needed by tissue metabolism 15.

With the present work, it was possible to identify that of 138 patients over 40 years of age who attended the Telehealth service in the Moro Moro Municipality in the 2023 management, 18 were diagnosed with heart failure and received treatment through telehealth, which represents 13.04%.

41.30 % had a positive personal pathological history of Chagas disease, a high percentage.

Of the 138 patients over 40 years of age who attended the Telehealth service in the Moro Moro Municipality in the 2023 management, the highest percentage corresponds to the female sex, reaching 65.94%.

80.4% correspond to new teleinterconsultations, and it can be observed that few are those who come to follow up on their pathology.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN ..... **i**

ABSTRACT ..... **ii**

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN **1**

1.1 Antecedentes del tema de investigación 1

1.1.1 El Problema 1

1.1.2 Justificación y Uso de los resultados 4

1.2 Objetivos 4

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL **5**

2.1 Marco Teórico 5

2.1.1 Definición 5

2.1.2 Etiología 5

2.1.3 Clasificación 6

2.1.4 Valoración clínica 7

2.1.5 Pruebas de diagnostico 8

2.1.6 Tratamiento médico 10

2.2 Marco Contextual 11

2.2.1 Caractéristicas geográficas y socio-demográficas Municipio Moro Moro. 11

2.2.2 Centro de Salud con Internación Satiago de Moro Moro. 11

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO **13**

3.1 Enfoque y diseño de investigación 13

3.1.1 Enfoque de la investigación 13

3.1.2 Diseño de la investigación 13

3.2 Población y Muestra 13

3.2.1 Población 13

3.2.2 Muestra....13
3.3 Variables de Estudio....13
3.3.1 Identificación de variables.....13
3.3.2 Diagrama de variables....14
3.4 Criterios de inclusión y exclusión....16
3.4.1 Criterios de inclusion.....16
3.4.2 Criterios de exclusion....16
3.4.2.1 Procedimientos para la Recolección de la Información....16
3.4.3 Instrumento/os de recojo de información....17
3.4.4 Procedimientos y técnicas.....17
3.5 Plan de Procesamiento y análisis de los datos....17
3.6 Delimitaciones de la Investigación....17
3.6.1 Delimitación geográfica....17
3.6.2 Sujetos....17
3.6.3 Delimitación Temporal....18
CAPÍTULO IV. RESULTADOS....19
4.1 Resultados....19
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES....22
5.1 Conclusiones....22
5.2 Recomendaciones....22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS....23
ANEXOS....25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según edad de pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023. 19

Tabla 2. Distribución según sexo de pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023. 19

Tabla 3. Distribución según si fue nueva o de seguimientos la teleconsulta que se le brindo a pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023..... 20

Tabla 4. Número de pacientes que presentan como antecedentes patológicos personales prueba de Chagas positiva, negativa, o no se realizaron, dichos pacientes acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023. 20

Tabla 5. Identificar cuantos pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023, fueron diagnosticados con insuficiencia cardiaca 21

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes del tema de investigación

1.1.1 El Problema

a. Identificación

Magnitud, frecuencia y distribución:

Según Maldonado JC:

> La insuficiencia cardiaca es una de las patologías que representa mayor impacto sanitario, debido a la variable complejidad clínica de los pacientes, los distintos recursos necesarios para su manejo, el gasto en salud asociado y el costo social que conlleva, la prevalencia de esta enfermedad suele mostrar ciertas diferencias según la región o país analizado y se encuentra condicionada en gran medida por las características metodológicas de los estudios, en términos generales se ha estimado que la insuficiencia cardiaca afecta aproximadamente a entre veinte millones de personas en todo el mundo [1].

Según Maldonado JC:

> En América Latina una revisión sistemática de la investigación conducidas sobre el tema reporto que la prevalencia poblacional de insuficiencia cardiaca se ubica en el 1 % afectando principalmente a personas de entre 51 y 69 años de edad, con una tasa de readmisión hospitalaria del 31 % y una mortalidad anual del 24.5 % [1].

"La insuficiencia cardíaca en Latinoamérica se presenta en sujetos más jóvenes que en el resto del mundo" [3].

"La insuficiencia cardíaca constituye una de las principales causas de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos de Riberalta, Bolivia" [12].

Causas probables del problema:

"Esta afectación es un complejo problema que se origina de un desorden estructural o funcional y deteriora la capacidad de llenado o expulsión ventricular de la sangre. Se caracteriza a su vez, por la presencia de síntomas cardinales, como la disnea, fatiga y retención de líquido" [2].

Según Silva SM, Linarez NE:

> Las principales causas de Insuficiencia Cardíaca (IC) que se encuentran demostradas a nivel mundial y principalmente en América Latina, según revisión de Bocchi y col están: Mio-cardiopatias Dilatadas (Enfermedad de Chagas), Isquémica, Valvulares, Congénitas, Hipertensión Arterial, Miocardiopatía Peripartum, Alcohólica, Miocardiopatía (Hipertróica, Dilatada, Restrictiva), Fibrosis Endomiocárdica [5].

" En la población Latina tenemos identificados factores de riesgo, propios de raza como son: Obesidad y sobrepeso, Diabetes, Ateroesclerosis, Dislipi-demia, Síndrome Metabólico e Hipertensión arterial de difícil manejo" [5].

Soluciones posibles:

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA :

> La estrategia diagnóstica inicial comienza con una anamnesis detallada en lo referente a antecedentes de enfermedad cardiovascular conocida, así como en la pre-sencia de signos y síntomas típicos de IC: disnea, ortopnea, astenia, palpitaciones, edematización de zonas declives, oliguria, aumento de peso [7].

Según Giménez J,Mitelman JE,Piñeiro DJ,Núñez F,Sabra A,Feitosa G et al:

> Los ensayos clínicos más relevantes en el área certifican que es posible aumentar la sobrevivencia y mejorar la calidad de vida de portadores de IC con la correcta utilización de los siguiente grupos de fármacos: los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueantes de los receptores de angiotensina II (ARAII), los betabloqueantes (BB), los bloqueadores de receptores mineralocorticoides, especialmente la espironolactona y la eplerenona, y más reciente, la molécula sacubitrilo-valsartan, que reúne un antagonista de angiotensina II, valsartan, y un inhibidor de la neprilisina, sacubitrilo [6].

Según Serna JS, Bermúdez SG, Prado DG:

> Dentro de los avances en la terapia diurética de la IC, se encuentra la terapia Reprieve® o "Relevo", esta terapia implica la aplicación de un catéter urinario que monitorea la eliminación de orina y administra un volumen preciso de reemplazo para lograr un equilibrio hídrico específico, esta aproximación se basa

en el hecho de que los pacientes que reciben terapia diurética pueden experimentar una pérdida excesiva de volumen intravascular, lo que disminuye la eficacia del diurético utilizado, la terapia Reprieve® no solo permite una medición más precisa de los fluidos eliminados, sino que también previene complicaciones asociadas con la hipovolemia, hipotensión y desequilibrios hemodinámicos [4] .

Según Arana A, Castillo F, Reyes E:

La telemedicina se erige como una alternativa eficaz y válida a la atención habitual para estos pacientes.en este sentido, muchos países desarrollaron programas de telemedicina apoyados en las tecnologías de la información disponibles, que se sustentan en un alto nivel de ejecución y resolutividad de las teleconsultas programadas, así como altos niveles de aceptación por los pacientes, médicos y entidades prestadoras de los servicios de salud [9].

Según Mendoza A :

Los beneficios de la telemedicina en pacientes con IC puede valorarse en varios ámbitos como la disminución del impacto emocional que enfrenta un paciente ante una repentina hospitalización, o la percepción de bienestar al hacer de los sujetos más autosuficientes, o conseguir la adherencia de pacientes y familiares al manejo de las medicinas y cuidados en casa evitando los grandes desplazamientos o en casos para facilitar el acceso a las pruebas de alta complejidad, con opinión de expertos [10].

Preguntas sin respuesta:

Según Agustín C, Alcaraz A, Calderón M, Matta MG, Chaparro M, Soto N et al:

Pocos estudios han evaluado la incidencia y prevalencia de la insuficiencia cardíaca en América Latina, se encontraron altas tasas de mortalidad y hospitalización, y la principal limitación fue la heterogeneidad entre los estudios, los resultados presentados proporcionan información epidemiológica útil para la toma de decisiones relacionadas con esta enfermedad, en esta línea se necesitan más estudios con métodos estandarizados y poblaciones representativas [11].

En Bolivia se realiza seguimiento de paciente con insuficiencia cardiaca mediante el Programa Nacional de Telesalud , pero no hay un estudio científico que indique como se ha disminuido las complicaciones d ellos mismos .

b. Definición del Problema o Pregunta de Investigación

¿ Cual es la prevalencia de pacientes diagnosticados con insuficiencia cardiaca mediante telesalud en mayores de 40 años en el municipio de Moro Moro -gestion 2023?

1.1.2 Justificación y Uso de los resultados

- **Oportunidad de tratar el problema**, es importante estudiar este tema porque es una de las patologías prevalentes que se teleinterconsulta mediante telesalud Moro Moro.
- **Población beneficiaria**, serán personas mayores de 40 años que acudieron a hacerse atender mediante telesalud.
- **Utilización e impacto de los resultados,** Los resultados de este estudio se informará a la directora del Centro de Salud Santiago de Moro Moro y Alcalde del Municipio con el objetivo de hacer conocer los beneficios que brinda el programa telesalud en el Municipio de Moro Moro.
- **Viabilidad y factibilidad del estudio**, es posible realizar este estudio ya que se cuenta con los datos de los pacientes que fueron diagnosticados con insuficiencia cardiaca mediante telesalud.

1.2 Objetivos

a. General

Determinar la prevalencia de pacientes diagnosticados con insuficiencia cardiaca mediante telesalud en mayores de 40 años en el municipio de Moro Moro -gestion 2023

específicos

-Describir el grupo de estudio según las variables edad y sexo.

-Describir el tipo de consulta más frecuente.

-Identificar cuáles son los antecedentes patológicos personales más frecuentes.

-Identificar cuantos pacientes fueron diagnosticado con insuficiencia mediante telesalud.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Definición

Según Imizcoz M A :

> Podemos definir el síndrome de IC como el resultado de la alteración de pericardio, miocardio, endocardio o grandes vasos, aunque la mayoría de los casos se debe a alteraciones de la función miocárdica ventricular izquierda, que, comprometiendo el llenado o la eyección de sangre a nivel ventricular, se manifiesta con disnea, cansancio, limitación funcional y, en ocasiones, retención hídrica, y que puede cursar con congestión pulmonar o edemas periféricos. Sin embargo, esta clínica no es siempre la manifestación inicial del problema; en ocasiones es la limitación funcional del paciente el primer síntoma descrito, por lo tanto, no debemos esperar a que aparezcan todos los síntomas, debiendo hacer el diagnostico más precoz [13].

2.1.2 Etiología

Según Maldonado JC:

> La etiología predominante de la insuficiencia cardíaca también posee un perfil aparentemente distinto entre las regiones del mundo. Un análisis de estudios procedentes de 40 países, reportó que la cardiopatía isquémica es la causa principal en Norteamérica y Europa occidental (50%), siendo menos frecuente en América Latina y Asia (30%) y poco común en África (10%). Por su parte, la hipertensión arterial sistémica es mucho más frecuente en Europa oriental (35%) y África (32%); la etiología reumática es más prevalente en Asia (34%) y África (14%); la cardiomiopatía de origen chagásico se ha encontrado principalmente en África (25%), América Latina (19%) y Asia (16%); y, el origen relacionado con una enfermedad cardiopulmonar subyacente es algo frecuente principalmente en Asia (11%) [1].

Telesalud mediante su componente telemedicina contribuye a que los pacientes que padecen de insuficiencia cardiaca y viven en lugares remotos puedan acceder a una consulta especializada y recibir su tratamientos en su centro de salud.

2.1.3 Clasificación

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

> Esta enfermedad comprende un amplio espectro de pacientes, y su clasificación más importante se basa en la determinación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). La fracción de eyección (FE) se define como el volumen sistólico (que es el volumen diastólico final menos el volumen sistólico final) dividido por el volumen diastólico final. Por tanto, la FE no es un índice de contractilidad, ya que depende de volúmenes, precarga, postcarga, frecuencia cardíaca y función valvular, y no es lo mismo que el volumen sistólico. La evolución temporal de la IC, esta se puede clasificar en IC aguda (ICA), subaguda y crónica. Los pacientes que presentan síntomas de IC por un tiempo se dice que tienen IC crónica, si estos síntomas se mantienen sin cambios durante un mes se dice que presentan IC estable, pero si esta se deteriora se suele clasificar al paciente como descompensado, precisando normalmente hospitalización y tratamiento intensivo. La IC de nueva aparición puede hacerlo de forma aguda. También pueden darse signos y sín-tomas de IC en pacientes con enfermedad cardíaca y recuperación total posterior, cediendo los síntomas y la anomalía estructural cardíaca. La mayoría de estos términos puede aplicarse al mismo paciente en momentos distintos, dependiendo de la fase de la enfermedad [7].

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

> Una buena proporción de los síntomas va a depender de la disfunción en aumento de la precarga de uno de los ventrículos, así en la IC izquierda habrá congestión pulmonar con la consiguiente disnea, ortópnea, intolerancia al decúbito y disnea paroxística nocturna, y en la IC derecha los sínto-mas predominantes se deben a congestión venosa sistémica, produciendo edemas, aumento de la presión venosa yugular, hepatomegalia, ascitis [7].

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

> La IC aguda que se produce en un infarto agudo de miocardio se estratifica individualmente mediante la clasificación de Killip-Kimball. Esta permite establecer un pronóstico de la evolución y la probabilidad de muerte a los 30 días tras el suceso. La clasificación funcional de la New York Heart Association

> (NYHA) se ha empleado para describir la gravedad de los síntomas y la intolerancia al ejercicio. Sin embargo, la correlación entre síntomas y parámetros de función de VI no es buena, ya que es una clasificación subjetiva y frecuentemente en cortos periodos de tiempo puede haber cambios de estamento, así los pacientes con síntomas de carácter leve todavía pueden presentar un riesgo absoluto relativamente alto de hospitalización y muerte. Aunque la reproducibilidad y la validez puedan ser un problema, la clasificación funcional de la NYHA es un predictor independiente de mortalidad. Esta clasificación es ampliamente usada en la práctica clínica para seleccionar a los pacientes en casi todos los ensayos de tratamientos aleatorizados de la IC y para determinar el tipo de tratamiento empleado [7.]

"No existe acuerdo sobre un sistema único de clasificación de las causas de la IC y al-gunas de las categorías potenciales se su-perponen " [7.]

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

> La primera aproximación al diagnóstico de ICA consiste en descartar causas alterna-tivas a los síntomas y signos del paciente (infección, embolia pulmonar, anemia severa, insuficiencia renal aguda, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; etcétera), remarcando que dichas entidades pueden coexistir y ser causa de descompensación para la ICA [7].

"Los síntomas y signos típicos de ICA reflejan sobrecarga de líquidos (congestión pulmonar o edemas periféricos, o ambos) o, menos a menudo, gasto cardíaco reducido con hipoperfusión periférica "[7].

2.1.4 Valoración clínica

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

> La estrategia diagnóstica inicial comienza con una anamnesis detallada en lo referente a antecedentes de enfermedad cardiovascular conocida, así como en la presencia de signos y síntomas típicos de IC: disnea, ortopnea, astenia, palpitaciones, edematización de zonas declives, oliguria, aumento de peso, etc. Al mismo tiempo, debemos realizar una exploración física detallada de signos

congestivos y/o de hipoperfusión, recogida de constantes vitales y evaluación del estado general del paciente [7].

2.1.5 Pruebas de diagnostico

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

Radiografía de tórax: La Rx simple de tórax suele ser una prueba útil en el diagnóstico de ICA. La congestión venosa pulmonar, derrame pleural, el edema intersticial o alveolar y la cardiomegalia suelen ser los hallazgos más específicos de ICA aunque, en hasta un 20% de los pacientes con ICA, la Rx torácica es prácticamente normal. Asimismo, es útil para identificar causas no cardíacas de la sintomatología del paciente (cuadros infecciosos pulmonares) [7.]

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

Electrocardiograma En cuanto al ECG, raramente es normal en pacientes con ICA (alto valor predicti-vo negativo –VPN–), siendo muy útil para identificar patología cardíaca subyacente y/o potenciales factores desencadenantes (fibrilación auricular –FA– rápida, isquemia miocárdica aguda). En la analítica solicitada, deberán recogerse tanto los parámetros generales de urgencias, como la troponina, pruebas de función hepática, hormona estimulante del tiroides (TSH), gases venosos para el equilibrio ácido-base y los niveles de péptidos natriuréticos. En caso de SC se añadirán parámetros como los gases arteriales para el cálculo del gap de CO2 venoarterial y el lactato. La determinación desde urgencias de los péptidos natriuréticos (BNP o NT-proBNP) está indicada por las guías de práctica clínica debido a su valor diagnóstico en casos dudosos, a la información que aporta sobre el grado de congestión del paciente, así como por su valor pronóstico y capacidad de monitorizar la evolución del paciente tras la instauración del tratamiento (indicación I, nivel de evidencia A). Esto se debe a que los péptidos natriuréticos tienen una elevada sensibilidad y alto VPN en pacientes con ICA, por lo que en pacientes con sospecha de ICA y péptidos natriuréticos negativos (umbrales: BNP < 100 pg/ml o NT-proBNP < 300 pg/ml), este diagnóstico sería muy improbable. No obstante, cifras elevadas de péptidos natriuréticos no confirman el diagnóstico de ICA, ya que existen causas cardíacas y no cardíacas de elevación de péptidos natriuréticos (embolia pulmonar, taquiarritmias, ictus

isquémico, cardioversión, contusión cardíaca, hiper-tensión pulmonar, disfunción renal, ascitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica –EPOC–, infecciones graves, alteraciones metabólicas graves, entre otras). La determinación de troponinas está igualmente reomendada para la detección de isquemia miocárdica aguda como etiología subya-cente de la ICA, aunque en la mayoría de los pacientes con ICA podemos encontrar elevación de marcadores de daño miocárdico fruto de la existencia de necrosis de miocitos sin necesariamente estar relacionada con una etiología isquémica aguda del cuadro [7.]

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

Ecocardiograma En casos de ICA de novo o inestabilidad hemodinámica (SC) se recomienda la realización de un ecocardiograma urgente como parte de la valoración inicial de estos pacientes, así como en aquellos casos en los que se sospeche una alteración cardíaca estructural o funcional potencialmente mortal (disección aórtica, regurgitación valvular aguda, complicaciones mecánicas de la cardiopatía isquémica, etc.) [7.]

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

La ecografía pulmonar puede ser una técnica prometedora para la detección de congestión pulmonar preclínica, de forma rápida y reproducible en los pacientes con ICA, en aquellos centros en los que se encuentre disponible. La detección de líneas B en el parénquima pulmonar puede ser útil en el diagnóstico diferencial de la disnea y la m-nitorización de la respuesta al tratamiento. Dentro de la valoración clínica inicial, se recomienda evaluar las posibles etiologías del cuadro de ICA que requieran un abordaje terapéutico específico e inmediato, mediante el uso del algoritmo «CHAMPI» (síndrome Coronario agudo, emergencia Hipertensiva, Arritmia, causa Mecánica, embolismo Pul-monar o Infección). Tras la finalización de esta estrategia de valoración clínica inicial del paciente con ICA se puede establecer el diagnóstico fisiopatológico dentro de los perfiles de presentación clínica previamente expuestos (ICA descompensada simple, EAP o SC) en función de unos criterios diagnósticos bien establecidos y resumidos [7].

2.1.6 Tratamiento médico

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

> Control de síntomas En pacientes con IC avanzada conviene revaluar la indicación de los distintos fármacos, centrándose especialmente en el control sintomático, evitando efectos secundarios y teniendo en cuenta que una misma manifestación clínica puede ser consecuencia de la IC o sus complicaciones o de comorbilidades. La retirada de medicación es una decisión individualizada que debe compartirse con el paciente y su familia. Los signos y síntomas mas frecuentes en pacientes con IC avanzada son la disnea y la congestión sistémica, el dolor, la depresión y la astenia [7.]

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

> Disnea.Se halla disnea en más del 60% de los pacientes y es generalmente muy incapacitante. Puede llevar asociada taquipnea y trabajo respiratorio. La causa fundamental es la congestión pulmonar, pero hay que descartar la presencia de derrame pleural, procesos intercurrentes (infecciones respiratorias, etc.) o descompensación de comorbilidades, que requerirían un tratamiento especifico. Su abordaje incluye: oxigenoterapia, optimización del tratamiento diurético y vasodilatador, el uso de inotrópicos ambulatorios, opiáceos y, en ciertas situaciones, toracentesis evacuadora [7.]

"Oxigenoterapia La oxigenoterapia es importante en pacientes hipoxémicos, pero puede también mejorar la disnea incluso cuando el paciente no está desaturado. También son eficaces medidas sencillas como el aire fresco (corriente o de ventiladores) dirigido a la cara del paciente" [7].

Según Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA:

> Diuréticos Los diuréticos son la base del tratamiento y su objetivo es la descongestión pulmonar. La vía de administración y las dosis deben ser acordes con la situación clínica y el grado de congestión, con un seguimiento estrecho de la respuesta para su titulación. Una alternativa en fases muy avanzadas es la administración de furosemida subcutá-nea (s.c.), que puede usarse en el ámbito hospitalario o ambulatorio, lo que reduce los ingresos. La furosemida

convencional es alcalina (pH 8,5-9) y puede causar irritación en la piel, por lo que se ha desarrollado una furosemida isotónica (pH 7-7,8) para su administración s.c., aún no comercializada, con respuesta diurética similar a la intrave-nosa (i.v.).Vasodilatadores Los vasodilatadores se pueden usar como apoyo en el tratamiento sintomático de la disnea siguiendo las recomendaciones ha-bituales para su empleo en IC, para evitar la hipotensión sintomática [7].

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Caractéristicas geográficas y socio-demográficas Municipio Moro Moro.

El municipio de Moro Moro fue creado como la tercera Sección de la provincia Vallegrande del departamento de Santa Cruz, constituida por 5 cantones: Moro Moro, La Laja, Abra El Astillero, Ariruma y Añapanco.La Localidad de Moro Moro se encuentra a 250 km de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, capital del departamento, tomando la antigua carretera Santa Cruz Cochabamba hasta la localidad de Mataral donde se toma la bifurcación hacia la ciudad de Vallegrande hasta la comunidad de Pampa Redonda, de donde parte el tramo carretero hasta Moro Moro.

De acuerdo con el Censo 2012, el Municipio de Moro Moro cuenta con una población de 2.767habitantes constituyen 866 familias. La localidad Moro Moro, capital del municipio, cuenta con625 habitantes que constituyen 170 familias.

El censo 2012 muestra que el tipo predominante de vivienda tiene características de precariedad, estando constituido por el tipo casa/choza/pahuichi en un 92,8%. Con respecto al censo 2001, se observa una mejora, ya que este tipo de vivienda constituía el 92,8%. También se registra que el 86,7% de las viviendas tienen paredes de adobe o tapial y alrededor del50% de las viviendas tienen materiales blandos en los techos, lo que implica que no cuentan con tumbado y están bastante expuestas al ataque de insectos y roedores [14].

2.2.2 Centro de Salud con Internación Satiago de Moro Moro.

El Centro de Saud Satiago de Moro Moro se encuentra ubicado en el cantón Moro Moro área urbana, es un Centro de Salud con internación , pertenece a la Red Vallegrande, Servicio Departamental Santa Cruz.

Cuenta con el servicio de odontología, Farmacia, Consulta externa, atención de Emergencia las 24 horas. También cuenta con los servicios que brindan los programas ministeriales, Safci -Mi Salud, Bono Juana Azurduy.

Servicio del Programa Nacional de Telesalud donde se Brinda servicios de salud a distancia mediante el uso de la tecnología y comunicaciones, se realiza las teleinterconsultas sincrónica y asincrónica, con las diferentes especialidades en los 9 departamentos del país, teleconsulta, telemetría. El carro telesalud 1 cuenta con diferentes dispositivos médicos como ser: Electrocardiógrafo digital, Ultrasonido digital, Cámara de Examen general digital, Otoscopio digital, Monitor de signos vitales digital.

Donde el electrocardiógrafo es uno de los más utilizados. El medico telesalud Moro Moro tiene posgrado en ecografía y emergencias médicas, donde ayuda con la realización de ecografías fortaleciendo al centro de Salud con la resolución de casos clínicos.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque y diseño de investigación

3.1.1 Enfoque de la investigación

El enfoque será cuantitativo, porque se emplearán métodos y técnicas de tipo cuantitativo que permiten medir.

3.1.2 Diseño de la investigación

- **Observacional,** por que el investigador no interviene manipulando las variables de exposición
- **Descriptivo,** por qué se describirán las variables de estudio sin buscar asociaciones
- **Transversal,** porque se recogerán las variables del estudio al mismo tiempo.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

Todos los pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud del Centro de Salud Santiago de Moro Moro desde enero 2023 a diciembre 2023 que serian 138.

3.2.2 Muestra

No se trabajará con muestra si no con toda la población por el reducido número de esta.

3.3 Variables de Estudio

3.3.1 Identificación de variables.

- Edad
- Sexo
- Antecedentes patologicos personales.
- Tipo de consulta
- Pacientes con insuficiencia cardiaca.

3.3.2 Diagrama de variables .

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Categorías	Instrumentación
Describir el grupo de estudio según las variables edad, sexo.	Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Según los años del paciente a partir de su fecha de nacimiento	Cuantitativa Continua	1_40 a 49 2_50 a 59 3_60 o mas	Hoja de Registro (a partir de los datos del base de datos del tconsult)
	Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a varón y mujer	Según las características fenotípicas observadas por el personal de salud	Cualitativa dicotómica	1_Mujer 2_Varon	Hoja de Registro
Describir el tipo de consulta más frecuente.	Tipo de consulta	Consulta nueva: Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no	Según si es atendido por primera vez por teleintercon sulta, o es su segunda teleintercon sulta en adelante.	Cualitativa dicotómica	1_Nuevo 2_seguimiento	Hoja de Registro

		dar resolución a un problema de salud.El seguimiento médico permite mantener una continuidad en la atención del paciente.				
Identificar cual es el antecedente patológico personal más frecuentes de los pacientes con insuficiencia cardiaca.	Antecedentes patológicos personales	Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual nos permite manejara y darle seguimiento a su propia información de salud.	Según información recopilada por el paciente	Cuantitativa	1_Chagas positivo 2_Chagas negativo 3_ No se realizo	Hoja de Registro

- Identificar cuantos pacientes fueron diagnosticado con insuficiencia mediante telesalud.	Pacientes diagnosticados con insuficiencia cardiaca	La **insuficiencia cardíaca** es una afección en la cual el corazón ya no puede bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo de forma eficiente.	Según síntomas principales	Cuantitativa	1_Si 2_No	Hoja de Registro

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterios de inclusion.

Pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud Moro Moro.

3.4.2 Criterios de exclusion

3.4.2.1 Procedimientos para la Recolección de la Información

Fuente de recolección de la información.

Fuente primaria, porque se recogierón los datos directamente de los pacientes.

Fuente secundaria, porque el diagnostico y tratamiento lo realizó un especialista.

3.4.3 Instrumento/os de recojo de información.

Se empleará una hoja de registro que permitirá recoger todas las variables que se pretenden estudiar.

3.4.4 Procedimientos y técnicas.

Para el recojo de la información, en primera instancia se solicitará la autorización a la coordinación Departamental del Programa Telesalud Santa Cruz para acceder la base de datos de las historias clínicas digitales.

Todas las variables se transcribirán en una hoja de registro construida en el programa Word.

3.5 Plan de Procesamiento y análisis de los datos

Describir la forma en que se procesarán los datos, los programas informáticos a ser empleados y las aplicaciones que se realizarán.

Describir los modelos y métodos de análisis a ser empleados para cada una de las variables de estudio.

Se recodificarán algunas variables..

Posteriormente se describirán las variables de estudio y se las presentará en tablas con su respectivo análisis.

Se utilizará el Programa Exel para el análisis de datos.

3.6 Delimitaciones de la Investigación

En este apartado se establecerá descriptivamente la cobertura que tendrá la investigación en lo relativo a:

3.6.1 Delimitación geográfica

Centro de Salud Santiago de Moro Moro del Municicpio de Moro Moro, Santa Cruz.

3.6.2 Sujetos

Pacientes que acuden el servicio Telesalud Moro Moro y se les realizo una teleinterconsulta con la especialida den cardiología o medicina interna.

3.6.3 Delimitación Temporal

Desde la realización del protocolo (junio 2024) hasta las presentación de la monografía final (noviembre de 2024).

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla 1. Distribución según edad de pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023.

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
40-49	20	14.49
50-59	39	28.26
60 o mas	79	57.25
Total	138	100%

Nota: Elaboración propia.

El grupo etario que más acudió al servicio de telesalud en el Municipio de Moro Moro en la gestión 2023 corresponde a 60 años o más llegando a ser el 57.25 %.

Tabla 2. Distribución según sexo de pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023.

SEXO	**NUMERO**	**PORCENTAJE**
Femenino	91	65.94
Masculino	47	34.06
Total	138	100

Nota: Elaboración propia.

El porcentaje más alto corresponde al sexo femenino llegando a ser el 65.94 del total de pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023.

Tabla 3. Distribución según si fue nueva o de seguimientos la teleconsulta que se le brindo a pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023.

TIPO DE CONSULTA	NUMERO	PORCENTAJE
Nueva	111	80.44
Repetida	27	19.56
Total	138	100

Nota: Elaboración propia.

De los pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023, el 80.4 % corresponde a las teleinterconsultas nuevas, pudiendo observar que pocos son los que acuden a su seguimiento de su patología.

Tabla 4. Número de pacientes que presentan como antecedentes patológicos personales prueba de Chagas positiva, negativa, o no se realizaron, dichos pacientes acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023.

ANTECEDENTE PATOLOGICO PERSONAL	NUMERO	PORCENTAJE
Chagas positivo	57	41.30
Chagas negativo	20	14.49
No se realizo prueba de Chagas	61	44.21
Total	138	100

Nota: Elaboración propia.

De los pacientes que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023 el 41.30 % presentan Chagas positivo, siendo un porcentaje alto.

Tabla 5. Identificar cuantos pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023, fueron diagnosticados con insuficiencia cardiaca .

INSUFICIENCIA CARDIACA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	18	13.04
NO	120	86.96
TOTAL	138	100

Nota: Elaboración propia.

Se puede identificar que de los 138 pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023, el 13.04 % fue diagnosticado insuficiencia cardiaca, el resto obedece a otras patologías.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

-Realizando el respectivo estudio se identificó que el grupo etario que más acudió al servicio de telesalud en el Municipio de Moro Moro en la gestión 2023 corresponde a 60 años o más llegando a ser el 57.25 %.

- Mediante el presente estudio se logró identificar que de los 138 pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023, el porcentaje más alto corresponde al sexo femenino llegando a ser el 65.94 % .

- De los pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023, el 80.4 % corresponde a las teleinterconsultas nuevas, pudiendo observar que pocos son los que acuden a su seguimiento de su patología.

- Se logro identificar que de los 138 pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023, el 41.30 % presentan como antecedente patológico Chagas positivo, siendo un porcentaje alto.

- Mediante el presente estudio se logró identificar que de los 138 pacientes mayores de 40 años que acudieron al servicio Telesalud en el Municipio Moro Moro en la gestión 2023, 18 fueron diagnosticado con insuficiencia cardiaca y recibieron tratamiento mediante telesalud llegando a ser el 13.04 % .

5.2 Recomendaciones

-Realizar actividades de promoción para captar pacientes de otros grupos etarios.

-Realizar ferias de salud dirigidas a paciente de sexo masculino incentivando a que acuda al servicio de Telesalud Moro Moro.

- Hacer una encuestas buscando la causa de por que el paciente no acudió a sus consulta de seguimiento mediante telesalud

- Realizar a los pacientes con Enfermedad de Chagas una teleienterconsulta con medicina interna cada 6 meses para un diagnóstico temprano de complicaciones.

-Realizar campañas para la captación de pacientes con insuficiencia cardiaca de manera semestral, mediante le programa Telesalud Moro Moro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maldonado JC. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. Rev Med Vozandes[Internet] 2018[citado 10 de junio 2024]; 29(1): 51 – 53.Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Juan-Carlos-Maldonado-2/publication/338345515_Epidemiology_of_heart_failure/links/5e0e4e274585159aa4ada736/Epidemiology-of-heart-failure.pdf

2. Pereira JE, Rincón G, Niño DR. Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. CorSalud [Internet]. 2016 [citado 10 de junio 20024];8(1):58-70. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/corsalud/cor-2016/cor161i.pdf

3. Hernandez E. Epidemiología del síndrome coronario agudo y la insuficiencia cardíaca en Latinoamérica Epidemiología del síndrome coronario agudo y la insuficiencia cardíaca en América Latina.Revista Española de Cardiologia[Internet]. Julio 2011 [citado 10 de junio 2024]; 64 (2): 34-43Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.01.022

4. Serna JS, Bermúdez SG, Prado DG. Avances terapéuticos en el manejo depletivo de la insuficiencia cardiaca. Rev Hisp CiencSalud[internet]. 2023[citado 12 de junio 2024]; 9(2): 164-165. DOI: 10.56239/rhcs.2023.92.651

5. Silva SM, Linarez NE.Actualización en insuficiencia cardíaca:nuevas guías terapéuticas. REV MED HONDUR[Internet]. 2018[citado 12 de junio 2024]; 86(1y 2):58-63.Disponible en: https://camjol.info/index.php/RMH/article/view/121.

6. Giménez J,Mitelman JE,Piñeiro DJ,Núñez F,Sabra A,Feitosa G et al . Actualización de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca de etiología chagásica. Insuf. card. [Internet]. Septiembre 2019 [citado 12 de junio 2024]; 14(3):96-110.Disponible en:http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622019000400003&lng=es.

7. Basantes AB,Carrillo VA, Aguilar AV,Fiallos JA.Insuficiencia cardiaca, diagnóstico y tratamiento. *RECIMUNDO[Internet]*. 2022[Citado el 12 de junio 2024];*6*(1)34-50.Disponibleen: https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.34-50

8. Roldán P, Tarraga L, Madrona F, Sadeh M I, Celada C, Panisello JM et al. La telemedicina en la insuficiencia cardíaca, el camino pendiente. JONNPR.[Internet] 2019[Citado el 13 de junio 2024];4(12):1230-1255. DOI: 10.19230/jonnpr.3201

9. Arana A, Castillo F, Reyes E. Telemedicine Intervention in Peruvian Patients with Heart Failure in Times of COVID-19. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Junio 2023 [citado 2024 Jun 13] ; 39(2): 1-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252023000200010&lng=es. Epub 10-Ago-2023.

10. Mendoza A. Revisión sistemática sobre impacto de la telemedicina en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida Lima 2020.[Tesis en :Universidad Cesar Vallejos, 2020[Citado el 13 de junio del 2024].4 p. Disponible de: https://hdl.handle.net/20.500.12692/47700

11. Agustín C, Alcaraz A, Calderón M, Matta MG, Chaparro M, Soto N et al. Carga de enfermedad de la insuficiencia cardiaca en América Latina: revisión sistemática y metanálisis,Revespcardiol[Internet].2016.[Citado el 13 de junio 2024]69(11): 1051-1060 Disponible en : https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.045

12. Rodríguez F , Alonso M , Machín W , Ramírez M y González V. Comportamiento de la insuficiencia cardíaca aguda en la unidad de cuidados intensivos de Riberalta, Bolivia. CorSalud [Internet]2011[Citado el 18 de junio del 2024];3(4):198-208. Disponible en : https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3798081

13. Imizcoz M A. Insuficiencia cardíaca.Definición, fisiopatología y cambios estructurales. Cir. Cardiov[Internet]. 2008[Citado el 25 de junio del 2024];15(1):15-20.Disponibleen: https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1498

14. Rosas E. Plan territorial del desarrollo integral. PTDI 2016-2020 [Internet]. [Citado el 27 de junio el 2024] 1-244.Disponible en:https://es.scribd.com/document/452263395/PTDI-MORO-MORO-impreso-pdf

15. Ulate G, Ulate A. Actualización en los mecanismos fisiopatológicos de la insuficiencia cardiaca. Acta méd. costarric [Internet]. 2008 [citado 03 de junio del2005];50(1):5-12.Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022008000100002&lng=en.

ANEXOS

Anexo 1. CRONOGRAMA

Fases Investigación	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
1_Preparatoria							
2_Trabajo de Camp							
3_Fase Analítica							
4_Fase Informativa							

Instrumento/os de recojo de información a ser empleados.

Información relevante: Consentimiento/os informado/os, cálculo del tamaño de la muestra y otros.

Anexo 2. Instrumento de recojo de información

Hoja de registro

No.	HC - Cod	Edad	Sexo	Antecedentes patologicos personales	Tipo de consulta	Insuficiencia cardiaca
		1_40 a 49 2_50 a 59 3_60 o mas	1_Mujer 2_Varon	1_Chagas positivo 2_Chagas negativo 3_ No se realizo	1_Nuevo 2_seguimiento	1_si 2_no
1	A-473993	2	1	3	1	2
2	A-459179	3	2	3	2	2
3	A-474890	2	1	3	1	1
4	A-198867	2	1	1	2	1
5	A-475353	3	2	1	1	2
6	A-475248	2	1	1	1	2
7	A-475271	2	1	1	1	2
8	A-475792	2	1	1	1	2
9	A-475342	3	2	1	1	2
10	A-476720	1	1	3	1	2
11	A-476628	3	2	3	1	2
12	A-479158	3	1	3	1	2
13	-A-479115	3	2	2	1	2
14	A-145267	3	1	2	2	2

15	A-479584	3	2	1	1	2
16	A-479145	3	2	1	1	2
17	A-479570	3	2	1	1	2
18	A-479264	3	1	3	1	2
19	A-479593	3	2	3	1	2
20	A-259323	2	2	3	1	2
21	A-479993	2	2	3	1	2
22	A-479609	2	2	3	1	2
23	A-479215	3	1	3	2	2
24	A-481075	2	1	3	1	2
25	A-480408	1	1	3	1	2
26	A-255598	2	1	3	1	2
27	A-431559	3	1	1	2	2
28	A-381409	3	1	1	2	1
29	A-148990	3	1	2	2	2
30	A-481501	2	1	3	1	2
31	A-481689	3	2	1	1	2
32	A-481641	2	1	3	1	2
33	A-481991	3	2	3	1	2
34	A-263948	2	2	3	2	2
35	A-481093	2	1	1	1	2

No.	HC - Cod	Edad	Sexo	Antecedentes patologicos personales	Tipo de consulta	Insuficiencia cardiaca
		1_40 a 49 2_50 a 59 3_60 o mas	1_Mujer 2_Varon	1_Chagas positivo 2_Chagas negativo 3_ No se realizo	1_Nuevo 2_seguimiento	1_si 2_no
36	A-481049	2	1	3	2	2
37	A-484019	2	1	3	1	2
38	A-479945	2	2	3	1	2
39	A-460884	2	1	1	2	1
40	A-492280	3	1	1	1	2
41	A-160063	3	1	1	2	2
42	A-492385	3	1	1	1	2
43	A-492748	3	2	1	1	2
44	A-171921	3	2	1	2	2
45	A-493142	3	1	3	2	2
46	A-492361	3	1	1	1	2
47	A-166167	3	1	3	1	2
48	A-498416	3	2	1	1	1
49	A-111513	3	2	1	2	1
50	A-498918	3	1	1	1	1
51	A-498896	3	1	1	1	1

52	A-498730	3	2	1	1	2
53	-A-498442	3	2	1	1	1
54	A-15339	3	1	1	2	1
55	A-228298	2	2	2	1	2
56	A-500639	2	2	2	1	2
57	A-500589	2	2	2	1	2
58	A-501425	1	1	3	1	2
59	A-500624	2	2	3	1	2
60	A-495855	1	1	3	2	2
61	A-505165	3	1	1	1	2
62	A-67397	3	1	1	2	2
63	A-506225	3	1	3	1	2
64	A-495028	2	1	3	2	2
65	A-197634	2	2	1	2	2
66	A-506209	3	1	3	2	2
67	A-309900	1	1	3	1	2
68	A-506754	3	2	1	1	2

No.	HC - Cod	Edad	Sexo	Antecedentes patológicos personales	Tipo de consulta	Insuficiencia cardiaca
		1_40 a 49 2_50 a 59 3_60 o mas	1_Mujer 2_Varon	1_Chagas positivo 2_Chagas negativo 3_ No se realizo	1_Nuevo 2_seguimiento	1_si 2_no
69	A-506738	3	2	1	1	2
70	A-506765	3	2	1	1	2
71	A-505300	3	1	1	1	2
72	A-510691	3	2	1	1	2
73	A-300668	3	2	1	2	2
74	A-510829	3	2	1	1	2
75	A-511096	1	1	3	1	2
76	A-511723	2	1	3	1	2
77	A-384297	3	1	3	1	2
78	A-232599	3	1	3	1	2
79	A-111478	2	1	3	1	2
80	A-317570	3	1	1	2	2
81	A-511836	3	1	3	1	2
82	A-170375	2	1	3	2	2

83	A-513751	2	1	3	1	2
84	A-317630	3	1	3	2	2
85	A-245182	1	1	2	1	2
86	A-515049	3	1	3	1	2
87	A-514042	1	1	2	1	2
88	A-517440	2	1	3	1	2
89	A-517349	2	1	3	1	2
90	A-518059	2	1	3	1	2
91	A-518886	1	1	3	1	2
92	A-518916	1	1	3	1	2
93	A-520146	2	1	1	1	2
94	A-521562	3	1	3	1	2
95	A-525071	3	1	3	1	2
96	A-525004	3	1	1	1	1
97	A-525531	3	1	1	1	1
98	A-525208	1	2	1	1	2
99	A-525566	3	2	1	1	2
100	A-525348	3	1	1	1	1
101	A-525517	3	1	1	1	2
102	A-526052	1	1	3	1	2

No.	HC - Cod	Edad	Sexo	Antecedentes patologicos personales	Tipo de consulta	Insuficiencia cardiaca
		1_40 a 49 2_50 a 59 3_60 o mas	1_Mujer 2_Varon	1_Chagas positivo 2_Chagas negativo 3_ No se realizo	1_Nuevo 2_seguimiento	1_si 2_no
102	A-525032	3	1	1	1	1
103	190978	1	1	1	2	1
104	-A-525907	1	1	3	1	2
105	A-527339	1	1	2	1	2
106	A-525058	3	1	1	1	1
107	A-525063	3	1	1	1	1
108	A-316396	3	1	3	1	2
109	A-231909	3	1	1	2	2
110	A-531446	1	1	3	1	2
111	A-531995	3	2	1	1	2
112	A-532164	3	1	2	1	2
113	A-532506	3	1	2	1	2
114	A-531943	3	2	1	1	2
115	A-532137	3	1	2	1	2

116	A-532812	2	2	1	1	1
117	A-532119	3	2	1	1	2
118	A-532173	3	1	2	1	2
119	A-533015	2	2	2	1	2
120	A-531959	3	2	1	1	2
121	A-532156	3	1	2	1	2
122	A-532194	3	1	2	1	2
123	A-532516	3	1	2	1	2
124	A-532523	3	1	2	1	2
125	A-185677	2	2	1	1	2
126	A-504974	2	1	3	1	2
127	A-532823	2	2	1	1	2
128	A-534096	3	1	3	1	2
129	A-534054	1	2	2	1	2
130	A-532518	3	1	2	1	2
131	A-533754	1	1	2	1	2
132	A-302000	2	2	3	1	2
133	A-463025	3	1	3	1	2
134	A-538417	1	1	3	1	2
135	A-531706	3	2	3	2	2

No.	HC - Cod	Edad	Sexo	Antecedentes patologicos personales	Tipo de consulta	Insuficiencia cardiaca
		1_40 a 49 2_50 a 59 3_60 o mas	1_Mujer 2_Varon	1_Chagas positivo 2_Chagas negativo 3_ No se realizo	1_Nuevo 2_seguimiento	1_si 2_no
136	A-539653	46	1	3	1	2
137	A-541284	1	2	3	1	2
138	A-539713	3	1	3	1	2

Paciente excluidos por ser menores de40 años.

No.	HC - Cod	Edad	Sexo	Antecedentes patologicos personales	Tipo de consulta	Insuficiencia cardiaca
		< de 30 años	1_Mujer 2_Varon	1_Chagas positivo 2_Chagas negativo	1_Nuevo 2_seguimiento	1_si 2_no
1	A-474509	35				
2	A-474317	6 m				
3	A-432106	13				
4	A-476700	13				
5	A-477622	13				

6	A-482072	38				
7	A-491676	23				
8	A-491225	5				
9	A-492545	26				
10	A-492609	33				
11	-A-492510	26				
12	A-493522	19				
13	A-494050	25				
14	A-492136	5				
15	A-263983	36				
16	A-498271	19				
17	A-499624					
18	A-501465	14				
19	A-501029	36				
20	-A-504722	37				
21	A-504812	37				
22	A-504834					
23	A-504995	11				
24	A-440723	30				
25	A-505550	37				

26	A-504862	4				
27	A-506393	27				
28	A-475012	37				
29	A-507075	17				
30	A-507032					
31	A-507032	29				
32	A-499548	30				
33	A-511125	24				
34	A-512488	27				

No.	HC - Cod	Edad	Sexo	Antecedentes patologicos personales	Tipo de consulta	Insuficiencia cardiaca
		1_40 a 49 2_50 a 59 3_60 o mas	1_Mujer 2_Varon	1_Chagas positivo 2_Chagas negativo	1_Nuevo 2_seguimiento	1_si 2_no
35	A-513489	38				
36	A-514613	13				
36	A-515118	37				
37	A-513425	19				
38	A-517180	36				
39	A-517223	34				
40	A-517241					
41	A-518292	27				
42	A-379640					
43	A-236353	30				
44	A-517866	32				
45	A-521500	24				
46	A-520854	30				
47	A-524124	36				
48	A-524092					
49	A-524710	37				
50	A-524760					
51	A-330661	30				
52	A-524780	36				
53	A-525220	39				

54	-A-525768	17				
55	A-340343	24				
56	A-526996	1				
57	A-527061	19				
58	A-528253	23				
59	A-525240	39				
60	A-530655	39				
61	A-533111	22				
62	A-533138	35				
63	A-537332	3				
64	A-538192	11				
65	A-538011	21				
66	A-538000	22				
67	A-538633	27				