

# CALIDAD DE VIDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2016 – 2018

## QUALITY OF LIFE AND SOCIODEMOGRAPHICAL FACTORS ASSOCIATED IN PATIENTS WITH CHRONIC CARDIAC INSUFFICIENCY DIAGNOSIS ATTENDED IN THE CARDIOLOGY SERVICE OF HIPOLITO UNANUE DE TACNA HOSPITAL. 2016 - 2018

Karen Milagros Centeno Choquecota<sup>3</sup>

Palabras clave: Calidad de vida, insuficiencia cardíaca, servicio de cardiología

### RESUMEN

### ABSTRACT

**Objetivo:** Determinar el nivel de calidad de vida general y específica relacionada a insuficiencia cardíaca crónica en pacientes atendidos en el servicio de cardiología del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016-2018.

**Material y método:** Estudio observacional de corte transversal prospectivo y analítico en la línea de investigación de prevención de riesgos y estudios epidemiológico-clínicos. Para el estudio se consideró a un total de 145 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica.

**Resultados:** El 80% de los pacientes tenían de 60 años a más, un 53.1% eran varones. El 36.6% tenían bajo peso. El 63.4% tenía un tiempo enfermedad entre 1 a 5 años, El 46.2% presentaba hipertensión seguido de un 20% con diabetes. El 6.9% que estaba hipertensión más diabetes.

Según el MLHFG, el 64.8% tenía un nivel de calidad de vida regular. Las variables asociadas fueron la edad ( $p:0.000$ ), el estado civil ( $p:0.001$ ), índice de masa corporal ( $p: 0.00$ ) y el tiempo de enfermedad ( $p:0.00$ ).

Según el SF 36, las esferas mental y física estuvieron comprometidas. Conclusiones: Existió una asociación significativa entre ambos instrumentos, MLHFQ y SF 36 ( $p:0.00$ ). Existe un nivel de dependencia fuerte entre ambos índices ( $r:0.733$ ).

**Objective:** To determine the level of general and specific quality of life related to chronic heart failure in patients treated at the cardiology service of Hipolito Unanue Hospital in Tacna, 2016-2018.

**Material and method:** An observational crosssectional, prospective and analytical study in the line of risk prevention research and epidemiological-clinical studies. For the study, a total of 145 patients diagnosed with chronic heart failure were considered Results: 80% of the patients were 60 years old or older, 53.1% were male. 36.6% were underweight. 63.4% had a disease time between 1 to 5 years, 46.2% had hypertension followed by 20% with diabetes. 6.9% who was hypertension plus diabetes. According to the MLHFG, 64.8% had a standard of quality of life. The associated variables were age ( $p: 0.000$ ), marital status ( $p: 0.001$ ), body mass index ( $p: 0.00$ ) and disease time ( $p: 0.00$ ).

According to SF 36, the mental and physical spheres were compromised. Conclusions: There was a significant association between both instruments, MLHFQ and SF 36 ( $p: 0.00$ ). There is a strong dependence level between both indices ( $r: 0.733$ ).

**Key words:** Quality of life, heart failure, cardiology service.

<sup>3</sup> Bachiller en Medicina Humana Egresado de la Universidad Privada de Tacna

## ARTICULO ORIGINAL

### INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, el seguimiento al proceso La insuficiencia cardíaca (IC) es uno de los problemas de salud más importantes en términos de prevalencia, morbilidad, mortalidad y uso de los servicios de salud.(1) Es un cortejo de síntomas y signos por retención de líquidos causada por anomalías en el pericardio, el miocardio, el endocardio, las válvulas cardíacas o los vasos coronarios. Asimismo, por su especial tratamiento y evolución es que se hace necesario saber cómo el estado de enfermedad influencia en la calidad de vida del paciente tratado. Es así que se plantea en la siguiente investigación identificar las principales características clínico epidemiológicas de los pacientes diagnosticados y en tratamiento de insuficiencia cardíaca crónica así como medir la calidad de vida específica para insuficiencia cardíaca crónica mediante el Cuestionario de calidad de vida en insuficiencia cardíaca de Minnesota (MLHFQ) y la calidad de vida de salud general según el Test SF-36 en pacientes atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016-2018 así como relacionar ambos resultados de calidad de vida, específico y general, según principales características epidemiológicas y clínicas generales.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional. Estudio observacional de corte transversal prospectivo y analítico en la línea de investigación de prevención de riesgos y estudios epidemiológico-clínicos.

Nivel relacional pues pretende comparar los niveles de calidad de vida general y específico para insuficiencia cardíaca según variables sociodemográfica.

El ámbito de estudio es la ciudad de Tacna que está ubicada al sur del Perú, con una población estimada de 320.240 habitantes ubicada a 500 m.s.n.m. El Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, perteneciente al Ministerio de Salud, cuenta con 253 camas arquitectónica. Además, cuenta con el servicio de cardiología atendido por especialistas, cuya población de atención es sustrato de la presente investigación.

Población y muestra Se encontró el 100% (n=227) de pacientes diagnosticados clínicamente con insuficiencia cardíaca atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, entre los años 2016 al 2018, según registro oficial estadístico del MINSA, Región Tacna.

Muestra:n= 143

Se incluyeron a los pacientes:

- Pacientes mayores de 15 años de edad.
- Atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2016 al 2018.
- Pacientes con el diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca consignado en registro CIE 10, atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Hipólito Unanue del 2016 al 2018.
- Residentes en la región de Tacna.
- Evidencia de daño funcional por ecocardiografía.

Se excluyeron:

- Pacientes que no deseen participar de la investigación
- Historias clínicas incompletas
- Paciente hospitalizado al momento del estudio

Se accedió al registro informatizado de atención del servicio de cardiología de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Seguidamente se identificó los domicilios de cada uno de los pacientes y se procede mediante visita domiciliaria explicarles los objetivos del estudio y solicitar su participación.

Los instrumentos usados fueron: Cuestionario Calidad de Vida en Insuficiencia Cardíaca de Minnesota (MLHFQ). Que es un cuestionario autoadministrado o basado en entrevista con apoyo, y que comprende 21 ítems calificados en escalas Likert de seis puntos, que representan diferentes grados de impacto de la insuficiencia cardíaca en la Calidad de vida del paciente, siendo de 0 (ninguno) a 5 (mucho). Proporciona una puntuación total (rango 0–105, de mejor a peor Calidad de vida como puntajes para dos dimensiones, física (8 ítems, rango 0–40) y emocional (5 ítems, rango 0– 25). Los otros ocho ítems (del total de 21) solo se consideran para el cálculo de la puntuación total. El MLHFQ ha sido traducido y validado en español.(28)

Cuestionario de medición de la calidad de vida en salud SF-36 V.2. Se trata de un instrumento a manera de escala genérica que tiene el objetivo de estimar un perfil del estado de salud y que puede ser aplicado a quienes padecen de la enfermedad como a la población general. Se ha probado que sirve para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) así como identificar los beneficios en la salud a causa del amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes en forma individual. (41) Este Cuestionario de Salud SF-36 V.2 se compone de 36 ítems que giran en torno a lo positivo como negativo de la salud. Las 8 escalas del cuestionario representan los conceptos de salud más frecuentes en el campo

**ARTICULO ORIGINAL**

de la salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Las 36 preguntas del cuestionario se engloban en las siguientes escalas:

- FF: Función Física
- RF: Rol Físico
- DC: Dolor Corporal
- SG: Salud General
- VT: Vitalidad
- FS: Función Social
- RE: Rol Emocional
- SM: y Salud Mental

**RESULTADOS**

TABLA Nro.01 Distribución de frecuencia de características sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2016-2018

	n	%
Edad	30-39 años	1 0.7%
	40 -49 años	7 4.8%
	50-59 años	21 14.5%
	60 a más	116 80.0%
	Total	145 100.0%
Sexo	Masculino	77 53.1%
	Femenino	68 46.9%
	Total	145 100.0%
	Procedencia	Tacna
Puno		49 33.8%
Arequipa		11 7.6%
Lima		6 4.1%
Cuzco		2 1.4%
Moquegua		2 1.4%
Total		145 100.0%
Nivel de instrucción	Sin instrucción	4 2.8%
	Primaria incompleta	17 11.7%
	Primaria completa	27 18.6%
	Secundaria incompleta	17 11.7%
	Secundaria completa	46 31.7%
	Superior universitaria incompleta	9 6.2%
	Superior universitaria completa	6 4.1%
	Superior técnica incompleta	7 4.8%
	Superior técnica completa	12 8.3%
	Total	145 100.0%
	Estado civil	Soltero
Casado		62 42.8%
Conviviente		40 27.6%
Viudo		32 22.1%
Separado		8 5.5%
Total		145 100.0%

Fuente: Encuesta Aplicada

En la tabla 1 podemos observar que el 80%(n=116) de los pacientes tenían de 60 años a más seguido de un 14.5%(n=21) entre 50 a 59 años. Tan sólo un 4.8%(n=7) se encontraba entre 40 a 49 años. Respecto al sexo, la distribución fue muy similar, observándose un 53.1%(n=77) de sexo

masculino y un 46.9%(n=68) de sexo femenino. Según procedencia, el 51.7% eran de Tacna(n=75) seguido de un 33.8%(n=49) de pacientes que habían procedido de Puno. Según el nivel de instrucción, el 31.7%(n=46) de los pacientes tenía secundaria completa seguido de un 18.6%(n=27) con primaria completa. Sólo el 4.8%(n=7) y el 8.3%(n=12) tenían educación superior técnica o súper técnica completa respectivamente. Un 4.1%(n=6) y un 6.2%(n=9) tenían educación Universitaria completa y superior Universitaria incompleta, respectivamente. Según el estado civil, el 42.8%(n=62) era casado seguido de un 27.6%(n=40) conviviente y el 22.1%(n=32) viudo.

TABLA Nro.02 Distribución de frecuencia del consolidado total de la medición de la dimensión de calidad MLHFG en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2016-2018

	n	%
IMENSIÓN CALIDAD DE VIDA TOTAL(MLH FQ)	Mala	49 33.8%
	Regular	94 64.8%
	Buena	2 1.4%
Total	145 100.0%	

Fuente: Encuesta Aplicada

En la tabla 2 El 64.8%(n=94) de los pacientes manifestaban un nivel de calidad regular seguido de un 33.8%(n=49) considerado como mala.

TABLA Nro.03 Relación de la calidad de vida según el índice de Minnesota (MLHFG) y calidad de vida general SF 36 en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica atendidos en el Servicio de Cardiología del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2016-2018

CALIDAD DE VIDA TOTAL (MLHFG)	CALIDAD DE VIDA GENERAL (SF 36)								P
	Mala		Regular		Buena		Total		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Mala	6	12.2%	21	42.9%	22	44.9%	49	100.0%	0.000 <sup>b</sup>
Regular	72	76.6%	21	22.3%	1	1.1%	94	100.0%	
Buena	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	
Total	80	55.2%	42	29.0%	23	15.9%	145	100.0%	

  

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
.733 <sup>a</sup>	0.538	0.535	15.59646

  

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	40485.183	1	40485.183	166.435	.000 <sup>b</sup>
Residuo	34784.679	143	243.250		
Total	75269.862	144			

Fuente: Encuesta Aplicada

En la tabla 3 podemos observar que en el grupo con calidad de vida mala del índice MLHFG, el 12.2%(n=6) del SFb36 manifestaba una calidad de vida general mala, el 42.9%(n=21) de regular pero un 44.9 una buena calidad de vida general. Aquellos con un nivel regular de calidad de vida,

## ARTICULO ORIGINAL

según el índice MLHFQ, el 76.6%(n=72) manifestaba una calidad de vida general de mala seguido de un 22.3%(n=21) de regular. Esta asociación fue altamente significativa (p:0.00). Analizando el coeficiente de regresión podemos decir que existe un nivel de dependencia entre ambos índices de 0.733. Clínicamente podemos afirmar que el nivel de dependencia de la calidad de vida general (SF 36) respecto a la calidad de vida inherente al enfermo cardíaco (MLHFG) es alta.

## DISCUSIÓN

Mantener una buena calidad de vida es tan importante como la supervivencia para la mayoría de los pacientes que viven con una enfermedad crónica y progresiva. Las personas con insuficiencia cardíaca tienen una calidad de vida notablemente deteriorada en comparación con otras enfermedades crónicas y con una población sana. Calidad de la vida refleja el impacto multidimensional de una condición clínica y su tratamiento en la vida diaria de estos pacientes. Los pacientes con insuficiencia

cardíaca experimentan diversos síntomas físicos y emocionales, como disnea, fatiga, edema, dificultades para dormir, depresión y dolor de pecho. Estos síntomas limitan las actividades físicas y sociales diarias de los pacientes y dan como resultado una mala calidad de vida. Esta condición muchas veces está relacionada con las altas tasas de hospitalización y mortalidad. Por lo tanto, la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca debe evaluarse adecuadamente para determinar su impacto en la vida cotidiana de los pacientes.

La calidad de vida es subjetiva y no refleja simplemente el estado clínico o fisiológico objetivo. Refleja las percepciones subjetivas de los pacientes sobre el impacto de una condición clínica en sus vidas. Las personas con condiciones similares comúnmente tienen diferentes percepciones y sus respuestas varían según las opiniones subjetivas. Pocos investigadores han examinado la calidad de vida desde la perspectiva de los pacientes. Por lo tanto, el propósito de este estudio fue explorar las percepciones de los pacientes con insuficiencia cardíaca respecto a cómo percibe el bienestar y calidad de su vida.

Nuestro grupo de pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, observamos que el 80% de los pacientes tenían de 60 años a más seguido de un 14.5 % entre 50 a 59 años. Según sexo, un 53.1% eran varones de sexo masculino y un 46.9% mujeres. El 51.7% procedía de Tacna seguido y el 33.8% de Puno.

El 31.7% tenía secundaria completa seguido de un 18.6% con primaria completa. El 42.8% era casado seguido de un 27.6% conviviente y el 22.1% viudo. Con estas características se empezó el estudio de medición de la calidad de vida con la aplicación de dos instrumentos, uno que media el bienestar de factores específicamente del enfermo de insuficiencia cardíaca y el segundo que media la percepción de calidad vida general.

Pariona et al. encontró que la presencia de hipertensión es de 52,6% y la enfermedad coronaria en un 51% en el paciente con insuficiencia cardíaca. La hospitalización fue más frecuente en pacientes ancianos con comorbilidades múltiples. Pero no midió calidad de vida, en nuestro estudio se encontró que presencia de hipertensión es de 46,2% y cardiopatía isquémica de 5%.(20)

Okello et entre los 195 participantes de su trabajo encontró que la edad media fue de 52 años (desviación estándar (DE) 21,4), el 68% eran mujeres y el 29% informó antecedentes de hipertensión, y 3,1% de cardiopatía isquémica, en el cuestionario SF-36 la escala mas afectada fue rol físico y emocional, en nuestro estudio el 80%(n=116) tenían de 60 a más, el 53.1%(n=77) eran mujeres y 46,9%(n=68) hombres, y el 46,2%(=67) antecedentes de hipertensión y las escalas más afectadas en el cuestionario SF-36 al igual fue la rol físico y emocional. (17) Pariona et al. en Perú encontró en su estudio que el promedio de la edad de los pacientes fue de 74 años donde un 55% de los sujetos de estudio eran hombres. (20) No midió calidad de vida, pero lo sugiere.

Morgan, Karen et al, refiere que la prevalencia de insuficiencia cardíaca es creciente y el mal pronóstico asociado esta patología han llevado a las investigaciones a centrarse en mejorar la calidad de vida (QoL) de los pacientes con insuficiencia cardíaca. La mayoría utiliza una sola medida de calidad de vida, lo cual no es del todo correcto. Se necesitan evaluaciones comparativas de la capacidad de respuesta del instrumento en la insuficiencia cardíaca. (15) Okello et al afirma en su estudio que la calidad de vida podría ser una herramienta adicional de bajo costo para ayudar en el pronóstico de pacientes con insuficiencia cardíaca. (17) Gallagher et al. en el 2018 refiere que en pacientes con insuficiencia cardíaca es un objetivo clave del manejo la medición de la calidad de vida relacionadas con la salud. También afirma que los médicos deben alentar la evaluación de calidad de vida para facilitar la atención centrada en el paciente y hacer un uso más específico de las herramientas de medición de HR-QoL.(18)



## ARTICULO ORIGINAL

Hsu et al. sin embargo opina que los factores que contribuyen a la calidad de vida relacionada con la salud siguen sin estar claros. (19) Okello et al en su estudio refiere que la calidad de vida relacionada con la salud es una importante meta de tratamiento que podría servir como herramienta de pronóstico de bajo costo en entornos de escasos recursos. (17)

En nuestro estudio, el 36.6% de los pacientes se encuentran a la condición de bajo peso y un 24.1% con sobrepeso grado I y un 4.8% con obesidad grado I. El 63.4% tenía un tiempo enfermedad entre 1 a 5 años, principalmente. Según la presencia de comorbilidades, el 46.2% presentaba hipertensión seguido de un 20% con diabetes. El 6.9% que estaba hipertensión más diabetes.

Según la calidad de vida específico (MLHFG) para pacientes con insuficiencia cardiaca, el 64.8% de los pacientes manifestaban un nivel de calidad regular seguido de un 33.8% considerado como mala. No hubo una diferencia de impacto mayor entrar dimensión física o emocional en la calidad final. Las variables asociadas fueron la edad (p:0.000), el estado civil (p:0.001), índice de masa corporal (p0.00) y el tiempo de enfermedad.

Según el SF 36, las esferas mental y física estuvieron comprometidas. La correlación del componente físico (r:0.783) y el componente de Salud Mental (r.0.779) con la percepción general fue muy fuerte. Las variables asociadas fueron también edad, estado civil, el índice de masa corporal y el tiempo de enfermedad.

Walsh et al encontró que la mayoría de sus pacientes tuvieron una baja percepción de sí mismo. Los participantes de su estudio reflexionaron sobre decisiones pasadas y con frecuencia se culpaban por su salud actual, informaron que la calidad de vida relacionada con la salud era abrumadoramente deficiente. (16) Hsu et al. Su encontró diferencias significativas entre los grupos de buena y mala calidad en cuanto a edad, sexo, niveles de educación, cuidadores de clasificación ocupacional, y el número de comorbilidades. (19) Gastelurrutia et al. evaluó con el cuestionario de calidad de vida con insuficiencia cardíaca de Minnesota y encontró que las comorbilidades y las puntuaciones de la calidad de vida fueron similares, en nuestro estudio encontramos que las comorbilidades, siendo la hipertensión arterial más diabetes influyeron notablemente en la calidad de vida. (2) Aún falta mucho por reforzar en este nuevo aspecto de la práctica clínica, y es la de abordar el estado de bienestar de un paciente con estas características.

## CONCLUSIONES

El 80% de los pacientes tenían de 60 años. Según sexo, un 53.1% eran varones de sexo masculino. El 42.8% era casado seguido de un 27.6% conviviente. El 36.6% tenían bajo peso y un 24.1% con sobrepeso grado I y un 4.8% con obesidad grado I. El 63.4% tenía un tiempo enfermedad entre 1 a 5 años, principalmente.

Según el MLHFG, el 64.8% tenía un nivel de calidad de vida regular seguido de un 33.8% considerado como mala. No hubo una diferencia según dimensión física o emocional en la calidad final. Las variables asociadas fueron la edad (p:0.000), el estado civil (p:0.001), índice de masa corporal (p: 0.00) y el tiempo de enfermedad (p:0.00). Según el SF 36, las esferas mental y física estuvieron comprometidas. La correlación del componente físico (r:0.783) y el componente de Salud Mental (r.0.779) con la percepción general fue muy fuerte. Las variables asociadas fueron edad, estado civil, el índice de masa corporal y el tiempo de enfermedad.

d. Existió una asociación significativa entre ambos instrumentos, MLHFQ y SF 36 (p:0.00). Existe un nivel de dependencia fuerte entre ambos índices (r:0.733).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miralles PM, Ayuso DMR. Actividades de la vida diaria. Elsevier España; 1. GoAS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 21 de enero de 2014;129(3):399-410.
2. Gastelurrutia P, Lupón J, Moliner P, Yang X, Cediél G, de Antonio M, et al. Comorbidities, Fragility, and Quality of Life in Heart Failure Patients With Midrange Ejection Fraction. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. junio de 2018;2(2):176-85.
3. Bilbao A, Escobar A, García-Perez L, Navarro G, Quirós R. The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 17 de febrero de 2016 [citado 8 de enero de 2019];14. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756518/>
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 8 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
5. Yancy Clyde W., Jessup Mariell, Bozkurt Biykem, Butler Javed, Casey Donald E., Colvin Monica M., et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Circulation*. 8 de agosto de 2017;136(6):e137-61.

## ARTICULO ORIGINAL

6. Deloitte. Consultoría [Internet]. Deloitte Perú. [citado 8 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www2.deloitte.com/pe/es/services/consultoria.html>
7. Perú. Ministerio de Salud - MINSA [Internet]. [citado 8 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
8. Roger VL, Weston SA, Redfield MM, Hellermann-Homan JP, Killian J, Yawn BP, et al. Trends in heart failure incidence and survival in a community-based population. *JAMA*. 21 de julio de 2004;292(3):344-50.
9. Loehr LR, Rosamond WD, Chang PP, Folsom AR, Chambless LE. Heart failure incidence and survival (from the Atherosclerosis Risk in Communities study). *Am J Cardiol*. 1 de abril de 2008;101(7):1016-22.
10. Ammar Khawaja Afzal, Jacobsen Steven J., Mahoney Douglas W., Kors Jan A., Redfield Margaret M., Burnett John C., et al. Prevalence and Prognostic Significance of Heart Failure Stages. *Circulation*. 27 de marzo de 2007;115(12):1563-70.
11. Heo S, Doering LV, Widener J, Moser DK. Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *Am J Crit Care*. marzo de 2008;17(2):124-32.
12. Heo S, Moser DK, Widener J. Gender differences in the effects of physical and emotional symptoms on health-related quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. junio de 2007;6(2):146-52.
13. Pressler SJ, Subramanian U, Kareken D, Perkins SM, Gradus-Pizlo I, Sauvé MJ, et al. Cognitive deficits and health-related quality of life in chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. junio de 2010;25(3):189-98.
14. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 12 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
15. Morgan K, McGee H, Shelley E. Quality of life assessment in heart failure interventions: a 10-year (1996-2005) review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. octubre de 2007;14(5):589-607.
16. Walsh A, Kitko L, Hupcey J. The Experiences of Younger Individuals Living With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. diciembre de 2018;33(6):E9-16.
17. Okello S, Abeya FC, Lumori BAE, Akello SJ, Moore CC, Annex BH, et al. Validation of heart failure quality of life tool and usage to predict all-cause mortality in acute heart failure in Uganda: the Mbarara heart failure registry (MAHFER). *BMC Cardiovasc Disord*. 12 de diciembre de 2018;18(1):232.
18. Gallagher AM, Lucas R, Cowie MR. Assessing health-related quality of life in heart failure patients attending an outpatient clinic: a pragmatic approach. *ESC Heart Fail* [Internet]. 11 de octubre de 2018; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30311454>
19. Hsu T-W, Chang H-C, Huang C-H, Chou M-C, Yu Y-T, Lin L-Y. Identifying cut-off scores for interpretation of the Heart Failure Impact Questionnaire. *Nurs Open*. octubre de 2018;5(4):575-82.
20. Pariona M, Segura Saldaña PA, Padilla Reyes M, Reyes Villanes JS, Jáuregui Contreras M, Valenzuela-Rodríguez G. [Epidemiological Clinical Characteristics of Acute Cardiac Insufficiency in a Tertiary Hospital in Lima, Peru]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. diciembre de 2017;34(4):655-9.
21. WRITING COMMITTEE MEMBERS, Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*. 15 de octubre de 2013;128(16):e240-327.
22. Alcalá López JE, Maicas Bellido C, Hernández Simón P, Rodríguez Padial L. Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. junio de 2017;12(36):2145-52.
23. Roger VL. Epidemiology of Heart Failure. *Circ Res*. 30 de agosto de 2013;113(6):646-59.
24. Mendoza F. Valvulopathies in heart failure. 2016;41:10.
25. Caviedes Bottner P, Córdova Fernández T, Larraín Valenzuela M, Cruces Romero P. Miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca grave: Puesta al día para el médico pediatra. *Archivos argentinos de pediatría*. junio de 2018;116(3):e421-8.
26. Calderón EM, Pérez RÁ, Galiana GG. Insuficiencia cardíaca en el recién nacido. :12.
27. Delgado JF, González-Mansilla A, Sánchez V, Ruiz Cano MJ. Insuficiencia cardíaca y arritmias: una interacción compleja que requiere un abordaje multidisciplinario. *Rev Esp Cardiol*. 1 de septiembre de 2010;10(Supl.A):60-8.
28. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Journal of the American College of Cardiology*. 14 de abril de 2009;53(15):e1-90.
29. NYHA. New York Heart Association (NYHA) Classification [Internet]. [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2016A/DataElem0439.html>
30. Baker DW. Prevention of heart failure. *J Card Fail*. octubre de 2002;8(5):333-46.
31. Kenechia S, Evans JC, Levy D, Wilson PWF, Benjamin EJ, Larson MG, et al. Obesity and the risk of heart failure. *N Engl J Med*. 1 de agosto de 2002;347(5):305-13.
32. Kereiakes Dean J., Willerson James T. Metabolic Syndrome Epidemic. *Circulation*. 30 de septiembre de 2003;108(13):1552-3.

## **ARTICULO ORIGINAL**

33. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CNB, Brewer HB, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. J Am Coll Cardiol. 4 de agosto de 2004;44(3):720-32.

Enviado: 12-03-2019  
Aceptado: 20-03-2019