

Factores personales y familiares asociados a la calidad de vida en pacientes con riesgo cardiovascular extremo en una Empresa Aseguradora en Salud. Medellin, 2014.

Personal and family factors associated to the quality life in patients with extreme cardiovascular risk in a health insurance enterprise, Medellin 2014.

Marisol Otero Velasco¹ Carolina Salas Zapata²

1. Enfermera profesional, Especialista en Epidemiología, Universidad CES. Medellín, Colombia. Correspondencia: oteromarisol25@gmail.com.
2. Mg. Epidemiología. Docente Facultad de Medicina. Universidad CES. Medellín Colombia.

Resumen

Introducción: El comportamiento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Medellín se presenta como la primera causa de muerte evitable, siendo la enfermedad isquémica del corazón la segunda causa de muerte en el 2000 y primera en 2012 con 1.868 muertes (1). Es así como en una institución de salud por medio de un programa se identifican y estratifican los pacientes de Riesgo Cardiovascular Extremo (RCE) (3 o más enfermedades cardiovasculares) con el fin brindar una atención integral. Por ello se hizo necesario conocer los factores personales y familiares asociados a la calidad de vida. **Materiales y métodos:** Se trata de un estudio transversal, para analizar la calidad de vida a través del cuestionario SF36 y determinar los factores de riesgo personales y familiares, asociados a la calidad de vida

en pacientes con RCE. El grupo de estudio se compuso por 60 pacientes pertenecientes a una aseguradora de salud. **Resultados:** La calidad de vida de los pacientes del estudio se detectó estados positivos en casi todas las dimensiones de salud física y mental del SF-36. Al relacionar los factores personales y familiares con la calidad de vida, se encontró que las variables estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, cuidador y tabaquismo no presentó asociación estadísticamente significativa con $p > 0,05$. Solo el sexo y la actividad física presentó asociación estadísticamente significativa con la calidad de vida global y algunas dimensiones. La edad presentó solo asociación estadísticamente significativa con la dimensión social ($p < 0,05$).

Palabras clave: Calidad de vida, riesgo cardiovascular, factores personales hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica.

Abstract

Introduction: The behavior of the morbidity and mortality from cardiovascular diseases in Medellin is presented as the leading cause of preventable death, being increased ischemic heart disease the second cause of death in 2000 and first in 2012 with 1,868 deaths (1). Is in this way how in a health institution through a program identifies and stratifies extreme cardiovascular risk patients (3 or more cardiovascular diseases) with the purpose to offer an integral service. Therefore it was necessary to know the personal and family factors associated with quality of life. **Materials and Methods:** It is about a cross-sectional study to analyze the quality of life through the SF36 questionnaire and identify personal and family risk factors, related to the quality of life in patients with extreme cardiovascular risk. The study group consisted of 60 patients

belonging to a health insurance. **Results:** The quality of life of patients in the study detected positive states in almost all physically health and heal mental of SF-36 dimensions. By linking personal and family factors with the quality of life, it was found that the variables, socioeconomic status, educational level, marital status, occupation, caregiver and smoking showed no statistically significant association with $p > 0.05$. Only gender and physical activity showed statistically significant association with overall quality of life and some dimensions. The age only showed statistically significant association with the social dimension ($p < 0.05$).

Keywords: Quality of life, cardiovascular risk, personal factors, hypertension, diabetes mellitus, chronic renal disease.

Introducción

En Colombia, la mayor carga de morbilidad y discapacidad en población adolescente y adulta, la representan las enfermedades no transmisibles (ENT) como la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, el cáncer, los homicidios, los suicidios y los accidentes de transporte (2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el perfil de países realizado en el año 2014, se calculó que las ENT son la causa del 71% del total de las muertes en el país, con una probabilidad del 12% de morir entre los 30 y los 70 años (3).

En Medellín, durante el periodo 2000 – 2012, las tasas de mortalidad presentaron un aumento pasando de 58,6 a 78,0 por cada cien mil habitantes, siendo la enfermedad isquémica del corazón la segunda causa de muerte en el 2000 y primera en el 2012, de tercera se encontraban las enfermedades cerebrovasculares, séptima la diabetes y décima las enfermedades hipertensivas, con lo cual se demuestra que todos los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular han aumentado en frecuencia e intensidad (1).

La calidad de vida se ve afectada cuando las condiciones de salud y bienestar no son las óptimas y más aún en pacientes con Riesgo Cardiovascular Extremo (RCE), es decir, con tres o más enfermedades crónicas no transmisibles altamente complejas, lo cual puede llevar a complicaciones graves, discapacidad y muerte prematura si no son intervenidas mediante programas que generen una articulación en el cuidado y recuperación integral de los pacientes, dado que son polimedicados y atendidos de forma individual por cada patología. Son caracterizados como los pacientes de alto costo y alto riesgo que por sus características, especialmente por tratarse de

enfermedades crónicas y/o avanzadas, son las que más complicaciones presentan y más recursos de salud consumen (4).

Es así como en la Agenda de Salud para las Américas del 2008-2017 se hace un llamado a la acción a nivel de país para enfocarse en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares, un llamado para mejorar la calidad de los servicios de salud por medio de la implementación de un modelo de control integrado de enfermedades no transmisibles que incluya, entre otros componentes, el auto cuidado y el apoyo comunitario (5).

Por lo anterior, es necesario conocer los factores personales y familiares asociados a la calidad de vida en pacientes con RCE de la Empresa Aseguradora en Salud SURA, para conocer las características y condiciones que pueden mejorar o empeorar la calidad de vida de las personas con este diagnóstico, que permitan diseñar intervenciones que favorezcan la adherencia al tratamiento, evitando así comportamientos de riesgo e incorporando conductas saludables, que en última instancia podrían reducir los gastos que se generan al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal, con la participación de 60 pacientes afiliados a la EPS SURA, pertenecientes a un programa donde se identifican con RCE aquellos que tienen 3 o más enfermedades cardiovasculares, tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, dislipidemia, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva.

Se utilizó el cuestionario SF-36 para la evaluación de la calidad de vida. Un cuestionario genérico confiable y validado al español, al cual se le realizó una adaptación cultural para pacientes en la ciudad de Medellín, Colombia (6). Cuenta con 36 ítems, agrupados en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Los ítems se codifican y transforman en un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 el mejor. Para determinar la proporción de pacientes con buena o mala calidad de vida, ésta se dicotomizó, teniendo en cuenta el punto de corte de 50 puntos en el cuestionario SF-36, así, puntuaciones menores o iguales a 50 y superiores a 50 puntos lo que indican peor o mejor calidad de vida, respectivamente (7, 8).

La recolección de la información se realizó por vía telefónica previo consentimiento verbal de los pacientes pertenecientes a la base de datos de la aseguradora en salud. El cuestionario se diligenció de forma anónima para garantizar calidad de la información.

Debido a que el tamaño de muestra era pequeño ($n=60$), se utilizó la prueba de Shapiro–Wilk para evaluar si los datos tenían una distribución normal. Para la descripción de las variables cuantitativas se calcularon las medidas de resumen. Para las variables nominales se establecieron medias absolutas y relativas. Para determinar la asociación entre calidad de vida y las características personales y familiares de los pacientes, se realizó un análisis bivariado, con la prueba T de Student y Anova de una vía para el análisis de los datos con distribución normal y U de Mann-Whitney y H de Kruskal Wallis para los que no tenían ésta distribución.

Los datos fueron procesados a través del programa SPSS versión 18, para la presentación de los informes se utilizó el procesador de texto Microsoft Word y el programa Microsoft Excel para la elaboración de los diferentes cuadros y gráficos.

Resultados

El 53,3% de los encuestados correspondió a hombres, la edad de los pacientes varió entre 44 y 95 años, con una mediana de 74 años (RI= 9,8 años) y el 50% de los pacientes tenían 75 años o menos. Predominó el nivel socioeconómico medio (61,7%). El 68,3% de los pacientes se encontraban casados y el 23% separado o viudo. Más de la mitad de los pacientes (54,7%) realizaron estudios de secundaria o técnicos, y el 13,3% tenían formación universitaria y/o de posgrado. En cuanto a la ocupación, el 90% no se encontraba laborando en el momento del estudio. Al indagar por el principal cuidador del encuestado, se encontró que la mayoría tenían a su cónyuge (30%), seguido por quienes estaban a cargo de sus hijos (28,3%) y un 12%, solo el 8,3% que no tenían cuidador. Respecto a los estilos de vida, el 56,7% manifestaron haber fumado en el pasado y el 10,0% lo hacían en el momento del estudio. Con relación a la actividad física, el 65,0% realizaba este tipo de actividad durante tres días o más a la semana. (Tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con riesgo cardiovascular extremo atendidos en una EPS de Medellín. Medellín, 2014.

Característica		#	%	IC 95% (Proporción)
Sexo	Masculino	32	53,3	41,7 – 66,7
	Femenino	28	46,7	33,3 -58,3
Edad	Menor o igual a 75 años	30	50,0	36,7 – 63,3
	Mayores de 75 años	30	50,0	36,7 – 63,3
Nivel socioeconómico	Bajo	9	15,0	6,7 -25,0
	Medio	37	61,7	50,0 – 73,3
	Alto	14	23,3	11,7 – 33,3
Nivel Educativo	Primaria	18	30,0	18,3 – 41,7
	Secundaria o técnico	34	54,7	43,3 – 68,3
	Profesional o Posgrado	8	13,3	5,0 – 23,3
Estado Civil	Soltero	5	8,3	1,7 -15,0
	Casado ó Unión libre	41	68,3	56,7 – 80,0
	Separado o Viudo	14	23,3	13,3 – 35,0
Ocupación	Trabaja actualmente	6	10,0	3,3 – 18,3
	No trabaja actualmente	54	90,0	81,7 – 96,7
Cuidador	Conyugue	18	30,0	18,3 -41,7
	Conyugue e hijos	13	21,7	11,7 – 31,7
	Hijos	17	28,3	16,7 – 40,0
	Solo	5	8,3	1,7 -16,7
	Otro	7	11,7	5,0 – 20,0
Tabaquismo	Fumador actual	6	10	3,3 – 18,3
	Fumador en el pasado	34	56,7	43,3 – 68,3
	Nunca ha fumado	20	33,3	21,7 – 46,7
Actividad física	Si	39	65,0	51,7 -76,7
	No	21	35,0	23,3 – 48,3

Al analizar la calidad de vida de los pacientes, se encontró que todos los puntajes que componen la escala SF-36 presentaron una distribución no normal (valor $p < 0,05$), excepto la dimensión sobre salud general.

Al evaluar la calidad de vida según esta escala, se obtuvo una mediana de 78,7 en dicho puntaje. Al dicotomizarla, se obtuvo que el 83% de los pacientes percibían que tenían una buena calidad de vida. (Gráfico 1)

La salud general tuvo un promedio de 60 puntos (DE= 16,1) y la dimensión física una mediana de 62,5 (RI=30,7), éstas fueron las dimensiones de menor puntaje, estas definen la salud actual y las perspectivas de salud en el futuro, así como el grado de ejecución de las actividades habituales relacionadas con la autonomía y el autocuidado. Los valores más altos se presentaron en las dimensiones de función social con una mediana de 87 puntos y salud mental con 82,1. (Tabla 2)

Tabla 2. Mediana del puntaje de calidad de vida obtenido por los pacientes con riesgo cardiovascular extremo en cada una de las dimensiones del cuestionario SF36. Medellín, 2014.

	Función física*	Rol físico*	Dolor corporal*	Vitalidad*	Función social*	Rol emocional*	Salud mental*	Salud general**
Mediana	62,5	73,7	75,4	73,3	87,0	76,6	82,1	-
Rango intercuartil	30,7	41,5	28,2	20,4	21,2	33,7	17,46	-
P. 25	35,0	50,0	57,5	60,0	80,0	66,6	72,0	50,0
P. 50	70,0	100,0	85,0	80,0	100,0	100,0	90,0	60,0
P.75	90,0	100,0	100,0	90,0	100,0	100,0	96,0	70,0
Media	-	-	-	-	-	-	-	60,4
Desv. Estandar	-	-	-	-	-	-	-	16,1

*Los datos no tuvieron distribución normal.

** Los puntajes de esta dimensión presentaron distribución normal.

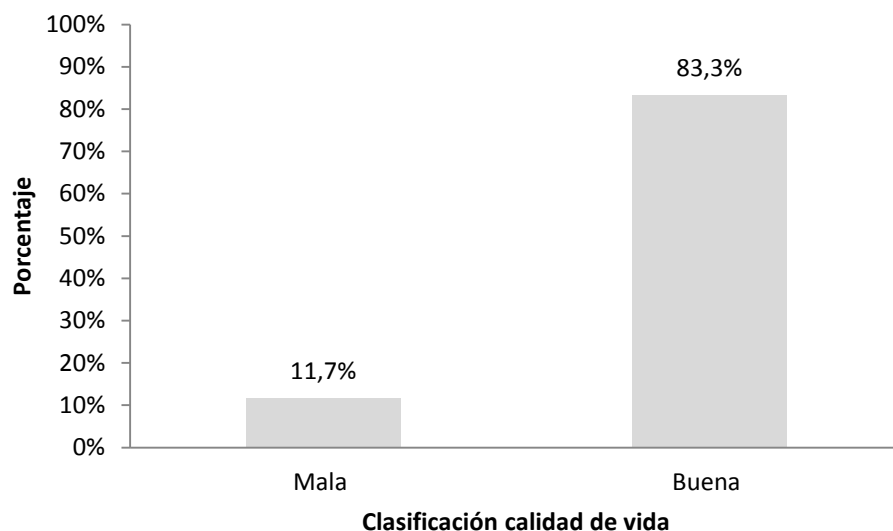


Gráfico 1. Distribución porcentual de la clasificación de la calidad de vida de la población de estudio, 2014.

Al analizar los factores personales y familiares relacionados con la calidad de vida, se encontró asociación estadísticamente significativa del sexo no sólo con la calidad de vida global sino con los dominios: función física (valor $p=0,009$), rol físico (valor $p=0,007$), dolor corporal (valor $p=0,003$), función social (valor $p=0,002$), rol emocional (valor $p=0,004$) y salud mental (valor $p=0,003$), siendo los hombres los que presentaron mejor calidad de vida global.

La actividad física presentó asociación estadísticamente significativa tanto con la calidad de vida global ($p=0,005$) como con los siguientes dominios: función física ($p=0,000$), rol físico ($p=0,010$), dolor corporal ($p=0,001$), vitalidad ($p=0,028$), función social ($p=0,021$) y rol emocional ($p=0,017$). (Tablas 3 y 4)

Por el contrario, las variables nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, cuidador y tabaquismo no presentaron asociación estadísticamente

significativa con la calidad de vida global ni con sus dominios (valor $p > 0,05$). La edad presentó significación estadística cuando con la calidad de vida global (valor $p = 0,044$) y el dominio de función social ($p = 0,020$). (Tabla 3 y 4).

Tabla 3. Factores personales relacionados con la calidad de vida de los pacientes con riesgo cardiovascular extremo. Medellín, 2014.

Característica		Calidad de vida global		Función física		Rol físico		Dolor corporal		Salud general		Vitalidad		Función social		Rol emocional		Salud mental	
		Me	Valor p	Me	Valor p	Me	Valor p	Me	Valor p	\bar{X}	Valor p	Me	Valor p	Me	Valor p	Me	Valor p	Me	Valor p
SEXO	Masculino	85,7	0,000*	80,0	0,009*	100	0,007*	100	0,003*	63,4	1,567†	82,5	0,31*	100	0,002*	100	0,004*	94,0	0,003*
	Femenino	65,2		60,0		87,5		67,5		56,9		70,0		87,5		66,6		80,0	
EDAD	Menor de 75 años	83,2	0,044*	70,0	0,667*	100	0,260*	100	0,165*	63,0	1,244†	82,5	0,084*	100	0,020*	100	0,217*	93,0	0,241*
	Mayores de 75 años	71,2		70,0		100		70		57,8		75,0		90		83,3		86,0	
ESTRATO SOCIOECONOMICO	1 y 2	79,8	0,918**	70,0	0,633**	100	0,655**	100	0,904**	62,2	0,880‡	80,0	0,972**	100	0,844**	100	0,822**	92,0	0,479**
	3 y 4	78,7		65,0		100		80,0		59,5		75,0		100		100		88,2	
	5 y 6	78,6		77,5		100		95,0		61,4		80,0		100		100		90,0	
NIVEL EDUCATIVO	Primaria	69,8	0,296**	60,0	0,208**	75,0	0,121**	70,0	0,709**	58,8	0,673‡	70,0	0,428**	95,0	0,624**	100	0,271**	86,0	0,738**
	Secundaria y Técnico	80,4		70,0		100		90,0		60,1		80,0		100		100		90,0	
	Pregrado y posgrado	85,6		85,0		100		95,0		65,0		82,0		100		100		92,0	
ESTADO CIVIL	Soltero	58,6	0,105**	50,0	0,098**	75,0	0,409**	70,0	0,190**	60,0	0,736‡	70,0	0,417**	87,5	0,131**	100	0,228**	92,0	0,377**
	Casado o unión libre	83,0		80,0		100		100		61,4		80,0		100		100		92,0	
	Separado o viudo	68,8		50,0		100		68,7		57,5		65,0		85,0		66,6		80,0	
	No	60,2		25,0		75,0		60,0		55,9		55,9		65,0		87,5		66,6	

*Prueba de U Mann Whitney. **Prueba de Kruskal Wallis. † Prueba T Student. ‡Prueba ANOVA.

Tabla 4. Factores familiares relacionados con la calidad de vida de los pacientes con riesgo cardiovascular extremo. Medellín, 2014.

Característica		Calidad de vida global		Función física		Rol físico		Dolor corporal		Salud general		Vitalidad		Función social		Rol emocional		Salud mental	
		Me	Valor p	Me	Valor p	Me	Valor p	Me	Valor p	\bar{X}	Valor p	Me	Valor p	Me	Valor p	Me	Valor p	Me	Valor p
ESTADO CIVIL	Soltero	58,6		50,0		75,0		70,0		60,0		70,0		87,5		100		92,0	
	Casado o unión libre	83,0	0,105**	80,0	0,098**	100	0,409**	100	0,190**	61,4	0,736‡	80,0	0,417**	100	0,131**	100	0,228**	92,0	0,377**
	Separado o viudo	68,8		50,0		100		68,7		57,5		65,0		85,0		66,6		80,0	
OCUPACION	Trabaja actualmente	85,5		67,5		100		68,7		69,1		82,5		100		100		94,0	
	No trabaja actualmente	78,4	0,378*	70,0	0,782*	100	0,876*	90,7	0,639*	59,4	1,409†	77,5	0,838*	100	0,092*	100	0,555*	88,0	0,572*
CUIDADOR	Conyugue	77,5		67,5		100		73,7		58,3		77,5		100		100		90,0	
	Conyugue e hijos	88,4		85,0		100		100		66,9		90,0		100		100		96,0	
	Hijos	65,5	0,092**	85,0	0,057**	100	0,447**	70,0	0,208**	60,0	0,145‡	70,0	0,177**	100	0,469**	66,6	0,371**	76,0	0,270**
	Solo	80,4		80,0		100		90,0		75,0		90,0		87,5		100		92,0	
	Otro	69,3		45,0		100		70,0		50,0		55,0		90,0		100		88,0	
TABAQUISMO	Fumador actual	89,4		80,0		100		83,7		57,5		82,5		100		100		96,0	
	Fumador en el pasado	79,9	0,257**	70,0	0,246**	100	0,735**	95,0	0,673**	61,3	0,850‡	80,0	0,831**	100	0,491**	100	0,290**	90,0	0,284**
	Nunca ha fumado	69,6		65,0		100		68,7		59,7		70,0		93,7		66,6		82,0	
ACTIVIDAD FISICA	Si	83,0		80,0		100		100		62,8		62,8		80,0		100		100	
	No	60,2	0,005*	25,0	0,000*	75,0	0,010*	60,0	0,001*	55,9	1,590†	55,9	0,028*	65,0	0,021*	87,5	0,017*	66,6	0,085*

*Prueba de U Mann Whitney. **Prueba de Kruskal Wallis. † Prueba T Student. ‡Prueba ANOVA.

Discusión

Los pacientes con riesgo cardiovascular extremo incluidos en el estudio, presentaron en general una buena calidad de vida. Este resultado no se relaciona con los hallazgos del estudio realizado sobre el mismo tema en personas con insuficiencia cardíaca, donde las dimensiones salud física y salud mental del SF-36 tuvieron los puntajes más bajos, medias de 50,4 y 68,2, respectivamente (9). Pero sí se relaciona con estudios de intervención y rehabilitación cardiovascular donde los pacientes cardiovasculares presentaron en general una buena calidad de vida, lo cual se debió al efecto del proceso de rehabilitación cardiovascular que llevaban a cabo, en el que se trataban aspectos físicos, nutricionales y psicológicos con relación a la enfermedad (10). Igualmente se puede afirmar que en el presente estudio se presentó algo similar, dado que los pacientes se encontraban inscritos a un programa integral definido por la institución de salud.

Dentro de los aspectos sociodemográficos, la población incluida era en su mayoría adulta mayor, la edad tuvo una mediana 74 años y el 53% de los pacientes correspondía al sexo masculino, similares al estudio calidad de vida en pacientes con enfermedad aterosclerótica coronaria severa y estable realizado por Achury D (11). Es así como la edad, es una variable que ha mostrado relación con la calidad de vida. Algunos estudios coinciden en afirmar que la percepción de calidad de vida disminuye a medida que aumenta la edad (Mittal, Ahern, Flaster, Maesaka y Fishbane, 2001) (12).

Con respecto al nivel educativo, algunos estudios refieren que los pacientes con un alto nivel educativo presentan una calidad de vida satisfactoria que puede atribuirse a un

mejor estado de salud, mayores ingresos económicos y un adecuado conocimiento de los factores de riesgo cardiovasculares reflejado en un buen control sobre ellos. En la literatura consultada se observa que el grado de escolaridad es importante en la adherencia terapéutica de los programas, pues a las personas con nivel educativo bajo se les dificulta la comunicación con el personal de la salud y con su familia (11). En este sentido, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la calidad de vida en el presente estudio.

Con relación a la ocupación, el 90% no tenían una actividad laboral, esto puede ser debido a que la población fue adultos mayores, que ya encontraban pensionados, sin embargo, en el plano subjetivo se relaciona con un estudio, donde el paciente percibe una valoración baja sobre la salud actual, que se convierte en un indicador esencial respecto a su capacidad de trabajo, ganancia de dinero, cuidado de su familia (11). Esta salud actual se relaciona con el bajo puntaje que se obtuvo en la dimensión de salud general en el presente estudio.

Las menores puntuaciones correspondieron a las dimensiones de salud general y función física. Así lo identifican otros estudios donde la enfermedad cardiovascular fue considerada la primera causa de incapacidad física en el paciente coronario, especialmente en la tercera edad (13), dado que las personas limitan sus actividades de autocuidado y movilidad, debido a signos clínicos, como dolor o disnea, que resultan de los esfuerzos y actividades moderadas o intensas que realiza el paciente a lo largo de su vida cotidiana. Lo anterior, los lleva a disminuir la frecuencia e intensidad de las actividades relacionadas con el rol diario (trabajo, estudio, alimentarse, dormir, caminar, etc.) (11).

Con respecto a la actividad física se encontró relación estadísticamente significativa ($p.<0.05$) con la calidad de vida en todas las dimensiones CSF y CSM del SF-36. Lo que se relaciona positivamente según un estudio, donde se encontró que la rehabilitación cardíaca basada en ejercicio de resistencia aeróbica, continuo, a una intensidad moderada, tres veces por semana, durante doce semanas, produce mejoría en la capacidad funcional (14). Así mismo otro estudio, afirma que los pacientes con enfermedad cardiovascular necesitan una recuperación de su estado físico, para así realizar actividades de la vida diaria y, a la vez, adquirir hábitos saludables que les permita llevar una vida normal, en la medida de lo posible. Todo ello se produce si la actividad física está oportunamente dosificada y planificada, de acuerdo con las necesidades de cada paciente (15).

Conclusiones

Los pacientes con riesgo cardiovascular extremo tuvieron una percepción satisfactoria de su calidad de vida, dado que las puntuaciones de las dimensiones obtenidas fueron altas. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida global y el sexo, la actividad física y la edad, esta última además se asoció con el dominio social. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida global y el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el estado civil, la ocupación, el tipo de cuidador y el hábito de fumar.

Agradecimientos

A mi familia por su apoyo y acompañamiento durante el posgrado, a mi hermana Deisy Otero que me apoyo en la recolección de los datos, a los pacientes del estudio por su colaboración y a la EPS SURA que permitió la realización del estudio.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Limitaciones

El reducido tamaño de la muestra no permitió realizar análisis multivariados para el control de posibles variables confusoras. De los 186 pacientes asignados a la IPS, solo se logró realizar la entrevista a 60. Los motivos fueron en su gran mayoría que el

número de teléfono el cual no correspondía al paciente. No se obtuvo acceso a la historia clínica del paciente, solo se tuvo en cuenta factores sociodemográficos y familiares, siendo los factores clínicos determinantes para el análisis de calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobernación de Antioquia. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social. Diez Primeras Causas de Mortalidad por Municipio 2000 - 2012. Medellín.
2. Gaviria A, Ramírez C. Secretaría de Salud de Medellín sobre Riesgo Cardiovascular (STEPS). Revista Salud Pública de Medellín. 2012 julio a diciembre Medellin;5(2).
3. Organización Mundial de la Salud - ENT Perfiles de países, 2014. [Internet]. [Consultado 2014 octubre 18]. Disponible en: <file:///D:/Descargas/Organizaci%C3%83%C2%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20-%20ENT.pdf>.
4. EPS Sura. Dirección de Planeación en Salud. Efectividad de una estrategia de gestión integral del riesgo cardiovascular bajo un modelo de salud familiar. Bogotá. 2014 abril.
5. Buena Salud Américas [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 21]. Disponible en <http://www.buenasaludamericas.org/antecedentes.html>.
6. Lugo LE, García HI, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. 2006. Rev. Fac Nac Salud Pública;24 (2):37-50.
7. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005 Abril; 19(2).

8. Naveiro RJ, Díez MD, Flores L, Rodríguez MÁ, Rebollo F, Romero A. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardíaca: visión desde atención primaria de salud. *Gac Sanit.* 2012;26(5):436–443.
9. Pelegrini A, Bernardi C. Asociación de los factores sociodemográficos y clínicos a la calidad de vida de los ostomizados. 2012. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 20(1):[08 pantallas]
10. Salazar K, Fuentes C. Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Perú. 201. *Rev. Perú. epidemiol*;15 (1):01-04
11. Achury D, Rodríguez SM, Agudelo LA, Hoyos JR, Acuña JA. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca. Bogotá (Colombia). julio-diciembre de 2011;13 (2): 49-74.
12. Contreras F, Espinosa J. y Esguerra G. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud.* 2008 julio-diciembre; 18(2):165-179.
13. Roselló M, Guzmán S. Implementación de un programa de rehabilitación cardíaca (Fase II) en el Hospital Max Peralta. *Acta méd. costarric.* 2003 enero-marzo; 45(1):20-24.
14. Atehortúa DS, Gallo JA, Rico M, Durango LD. Efecto de un programa de rehabilitación cardíaca basado en ejercicio sobre la capacidad física, la función cardíaca y la calidad de vida, en pacientes con falla cardíaca. 2011. *Rev Colomb Cardiol*; 1(18): 25-36).

15. Fernández S, Agudelo CS. Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1), 47-60.