CUIDADO & SALUD PÚBLICA
Revista Científica / Scientific Journal Public Health and Care

ARTÍCULO ORIGINAL / RESEARCH ARTICLE

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES QUE ACUDEN A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PRIVADO LOCALIZADO EN LIMA NORTE

QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH CARDIOVASCULAR DISEASES WHO ATTEND A PRIVATE HEALTH FACILITY LOCATED IN NORTH LIMA

Rossina Elena Cespedes Rodriguez[1]

[1]*Diris Lima Norte. Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Lima. Perú.*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo
Recibido: 09/02/2024
Aprobado: 13/05/2024
Publicado: 30/06/2024

Autor corresponsal
Rossina Elena Cespedes Rodriguez
rossi2908_ces@hotmail.com

Financiamiento
Autofinanciado

Conflictos de interés
La autora declara no tener conflictos de interés

Citar como
Cespedes Rodriguez RE. Calidad de vida en personas con enfermedades cardiovasculares que acuden a un establecimiento de salud privado localizado en Lima Norte. Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública 2024;4(1):3-9. DOI: 10.53684/csp.v4i1.105

Esta obra tiene una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 Internacional

RESUMEN

Objetivos: Determinar la calidad de vida en personas con enfermedades cardiovasculares que acuden a un establecimiento de salud privado localizado en Lima Norte. **Materiales y métodos:** El estudio tiene un enfoque cuantitativo, contando con 148 pacientes como población, se aplicó la técnica de encuesta y el cuestionario SF-36 de 36 enunciados. **Resultados:** Se encontró que en la variable calidad de vida predominó el valor promedio (45,3%), seguido de alta (22,3%), muy alta (16,2%), baja (13,5%) y finalmente muy baja (2,7%). Según las dimensiones, en función física predominó el valor promedio (39,2%), en rol físico predominó el valor muy alto (50%), en dolor corporal predominó el valor muy alto (44,6%), en salud general predominó el valor promedio (38,5%), en vitalidad predominó el valor bajo (30,4%), en función social predominó el valor promedio (26,4%), en rol emocional predominó el valor muy alto (48%), en salud mental predominó el valor alto (41,9%) y finalmente en transición de salud predominó el valor alto (38,5%). **Conclusiones:** Según la calidad de vida de los participantes, predominó el valor promedio, seguido de alta, muy alta, baja y muy baja.

Palabras claves: Calidad de vida; Enfermedades cardiovasculares; Centros de salud (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objectives: To determine the quality of life in people with cardiovascular diseases who attend a private health facility located in North Lima. **Materials and methods:** The study has a quantitative approach, with 148 patients as a population, the survey technique and the 36-statement SF-36 questionnaire were applied. **Results:** It was found that in the quality of life variable, the average value predominated (45.3%), followed by high (22.3%), very high (16.2%), low (13.5%) and finally very low. (2.7%). According to the dimensions, in physical function the average value predominates (39.2%), in physical role the very high value predominates (50%), in body pain the very high value predominates (44.6%), in general health it predominates the average value (38.5%), in vitality the low value predominated (30.4%), in the social function the average value predominated (26.4%), in the emotional role the very high value predominated (48%), In mental health, the high value predominated (41.9%) and finally in health transition, the high value predominated (38.5%). **Conclusions:** According to the quality of life of the participants, the average value predominated, followed by high, very high, low and very low.

Keywords: Quality of Life; Cardiovascular siseases; Health centers (Source: DeCS).

INTRODUCCION

La vida urbana viene acompañada de una exposición de la población a estilos de vida insanos. Pues moldea las formas de alimentarnos, hacer actividad física y descansar; acercándonos a los factores de riesgo que condicionan las enfermedades no transmisibles (ENT). Estas ocasionan la defunción de 41 millones de personas anualmente, lo que va a representar un 74% de todas las muertes que se dan en el planeta. Anualmente 17 millones de personas menores de 70 años fallecen a causa de una ENT, y el 86% de esas muertes prematuras se dan en países en vías de desarrollo. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) ocasionan la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones de personas anualmente), seguidas del cáncer (9,3 millones), las enfermedades respiratorias crónicas (4,1 millones) y diabetes (2 millones). La detección y tratamiento oportunos de las ENT son elementos esenciales de la respuesta a las ENT [1].

Las ECV son un grupo de trastornos que afectan el corazón y vasos sanguíneos, incluyendo enfermedades coronarias, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardíacas reumáticas y otras afecciones [2].

La mayoría de las ECV pueden prevenirse abordando los factores de riesgo asociados como el consumo de tabaco, consumo de alimentos poco saludables, el sobrepeso/obesidad, el sedentarismo y el consumo de sustancias nocivas como tabaco/alcohol. Otros determinantes de las ECV vienen a ser la pobreza, el estrés y los factores hereditarios [3].

Las ECV son la principal causa de morbilidad y mortalidad global, siendo los bajos niveles de actividad física un importante predictor independiente de mala salud y CV que se asocian con una mayor prevalencia de factores de riesgo que predisponen al desarrollo de este grupo de enfermedades [4].

Hay cinco factores de riesgo modificables asociados con la enfermedad cardiovascular y la muerte por cualquier causa, los cuales son índice de masa corporal, presión arterial sistólica, colesterol no asociado a lipoproteínas de alta densidad, tabaquismo actual y diabetes. Los datos armonizados a nivel individual de una cohorte global (112 estudios en 34 países) mostraron que el 57,2% y el 52,6% de los casos de enfermedad cardiovascular incidente entre mujeres y hombres, respectivamente, y el 22,2% y el 19,1% de las muertes por cualquier causa entre mujeres y hombres, respectivamente, pueden atribuirse a los cinco factores de riesgo modificables señalados [5].

Las ECV siguen siendo la principal causa de carga de morbilidad en la Región de las Américas. En 2019 alrededor de 2 millones de personas fallecieron a causa de ECV en la región [6].

En nuestro país, en el ENDES 2022 se reportó que, el 60,8% de las personas de 60 y más años, mostró al menos una comorbilidad como es el caso de hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus. Con relación a la población de 60 a más años con sobrepeso, esta se incrementó de 24,8% en al año 2021 a 26,8% en al año 2022; en menor proporción se incrementó la obesidad de 16,8% en el año 2021 a 16,9% en el año 2022 [7]. El Ministerio de Salud señala que alrededor de 7 millones de personas en el país son hipertensas, siendo esta condición el factor de riesgo más importante para ECV [8].

Una revisión sistemática/metaanálisis que evalúa la CV y su asociación con eventos cardiovasculares, donde se incluyeron 51 artículos con un total de 134 740 participantes de 53 países, revela que en 23 de ellos el riesgo ECV aumentaba con una puntuación de CV inicial más baja. El riesgo de mortalidad por todas las causas aumentó con una CV más baja. Este estudio encontró una asociación inversa entre los valores iniciales o el cambio en la CV y los eventos cardiovasculares [9].

Las enfermedades ECV son una de las principales causas de hospitalización y mortalidad en todo el mundo. Un estudio en Polonia resalta que todas las dimensiones del apoyo social, excluyendo el apoyo de activos tangibles, fueron predictores significativos de la CV. El apoyo a la autoestima (β= 0,387) fue el predictor más fuerte de la CV en pacientes cardiovasculares. Los pacientes con mayor apoyo social percibido tienen una mejor CV que el resto de pacientes [10].

Un estudio hecho por Alharbi y colaboradores [11], en Arabia Saudita, en 246 pacientes con enfermedades cardiovasculares, mostró que los pacientes con menos de educación secundaria tenían más probabilidades de tener una puntuación baja del componente físico (p=0,003), mientras que las pacientes femeninas tenían más probabilidades de tener una puntuación baja del componente mental (p=0,004). Se encontró que la CV era moderada. Se recomienda una evaluación periódica de la CV de los pacientes con insuficiencia cardíaca para minimizar sus preocupaciones físicas y psicológicas, en particular en pacientes con niveles educativos bajos y pacientes de sexo femenino.

Otro estudio realizado por Chatzinikolaou y colaboradores [12], en Grecia en un estudio que contó con 80 participantes, resalta que la CV se ve afectada por factores como la edad, el tipo de cardiopatía, la terapia y las comorbilidades. Los proveedores de atención en salud deben conocer los factores que afectan los sectores de la CV (vida física, emocional y social) de los pacientes con ECV para poder satisfacer sus necesidades y brindarles el tratamiento más adecuado.

Un estudio realizado por Lozada *et al.* [13], en Piura-Perú, en 359 pacientes, señaló que el 39% de los pacientes tuvieron adherencia terapéutica. La adherencia terapéutica, la situación laboral y la ausencia de comorbilidad se asociaron con una mejor CV. La dimensión de CV con peor resultado fue percepción de la salud general (media de 57,09); y la que ostenta mejor CV fue función social (media 81) y rol físico (74,79).

Un estudio realizado por Matta [14], en Lima-Perú, en 138 pacientes, reportó que la CV de las personas con ECV tuvo un nivel bajo (24,64%). Asimismo, se debe desarrollar hábitos saludables, incluido ejercicios físico regular. De igual forma,

se puede decir que, el apoyo de los familiares también son influencias positivas en la CV del paciente para su mejoría.

Un estudio hecho por Moreno *et al.* [15], en Lima Perú, en 120 pacientes con enfermedades cardiovasculares, reportó que la CV de estos tuvo un nivel bajo (13,3%). Se debe proporcionar cambios en el estilo de vida de estos pacientes, en cuanto a la CV, a través de su cuidado y del "empoderamiento" de la persona y su familia.

La CV es el nivel de bienestar subjetivo percibido por un individuo, se asocia a las condiciones de vida y satisfacción con la vida [16][17].

Existen muchos instrumentos diseñados para valorar la CV, entre ellos está el Cuestionario SF-36, que valora la CV en base a dimensiones como función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y transición de salud [18].

Por lo señalado se hace necesario seguir generando conocimiento y evidencia sobre las ECV, ello dará más elementos para continuar desarrollando acciones que contrarresten su alta prevalencia en la población. Por ello, el objetivo del estudio fue identificar la calidad de vida en personas con enfermedades cardiovasculares que acuden a un establecimiento de salud privado localizado en Lima Norte

MATERIALES Y MÉTODOS

Enfoque y diseño del estudio

El estudio fue desarrollado bajo la perspectiva del enfoque cuantitativo de la investigación [19] y el diseño metodológico que se asumió fue el de un estudio descriptivo-transversal [20].

Población de estudio

La población del estudio estuvo conformada por 148 personas con ECV los cuales acuden a un establecimiento de salud privado localizado en Lima Norte. Las autoridades, en especial el director médico del establecimiento de salud privado, dio las facilidades que permitieron realizar las actividades como el trabajo de campo sin inconvenientes. La encuesta fue realizada en las instalaciones del establecimiento de salud privado que cuenta con dos consultorios de cardiología. Los criterios para elegir a la población fueron preparados con bastante anticipación, estos permitieron seleccionar a los participantes más idóneos para el estudio. Participaran personas con ECV de 40 años a más, que se atienden regularmente en el establecimiento de salud privado.

Variable de estudio

La variable central sobre la cual giró el estudio fue "Calidad de vida", que es una variable cualitativa y de escala de medición ordinal.

Técnica e instrumento de medición

La actividad de campo fue planificada con mucha anticipación, ello permitió que se cumpla con el cronograma realizado inicialmente. La técnica aplicada fue la encuesta [21], siendo útil para poder abordar a los participantes del estudio.

En relación con el instrumento de medición, este fue el "Cuestionario SF-36 de 36 ítems de RAND 1.0 o 36-Item Short Form Survey - SF-36", diseñado por la corporación RAND (Research ANd Development) durante el año 1992, sirve para valorar la CV con sus dimensiones que la componen, sus aceptables propiedades psicométricas que se expresan en su validez y confiabilidad hicieron que se difunda su uso a nivel global. El SF-36 es un cuestionario de fácil comprensión y aplicación. El autoinforme del paciente proporciona información de sí mismo sobre su CV, a partir de sus 36 ítems en la que se evalúa las ocho dimensiones que la componen, siendo estas: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y transición de salud, siendo esta última no incluida en la puntuación global del instrumento. Este instrumento se usa frecuentemente en el área de investigación y clínica [22][23].

Recolección de datos

Al realizar la recolección de información, los pacientes participantes fueron informados de los alcances del estudio, luego se pasó a solicitarles su consentimiento informado. Esta actividad fue realizada en el primer trimestre del año 2024. El cuestionario fue diseñado en formato digital (formulario Google), es así como el instrumento de medición fue mostrado a través de un Smartphone. Todos los participantes fueron asistidos en caso tuvieron preguntas o consultas sobre el llenado del cuestionario. Cada paciente tomó un tiempo promedio de 15 minutos para completar los datos solicitados en el cuestionario. El consentimiento informado formó parte de la ficha de datos compartida de forma digital. Para el desarrollo del trabajo de campo se hicieron las coordinaciones necesarias con las autoridades del establecimiento de salud privado, que cuenta con dos consultorios de cardiología. La encuesta fue realizada en la sala de espera de atención al paciente.

Validez y confiabilidad de instrumentos de medición

El cuestionario SF-36 fue validado a través de 5 jueces expertos, los cuales en su totalidad señalaron que era aplicable para nuestra realidad (Valoración promedio 92%). La validez estadística se determinó mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin que fue de 0,9 (KMO>0,5) y la prueba de Bartlett que fue significativa (p<0,001). Ambos valores verifican la validez. Mientras que, la confiabilidad se obtuvo por medio del coeficiente Alfa de Cronbach con un resultado que alcanza un valor de 0,95, lo cual se interpreta como fiable.

Análisis de datos recolectados

Terminada la actividad de campo, la información recolectada fue ingresada a una matriz diseñada en el programa *IBM SPSS* Statistics versión 27. Ingresada la información, se hizo uso de la estadística descriptiva [24], donde fueron aplicadas herramientas como frecuencias, medidas de tendencia central y operaciones para el cálculo de la variable, que permitió el análisis en base a la variable, dimensiones y datos sociodemográficos consignados en el estudio. Los resultados que más resaltaron fueron mostrados en tablas, las cuales fueron rotuladas y descritas apropiadamente para su lectura e interpretación posterior, luego se continuó con la redacción de la sección de discusión y finalmente las conclusiones del estudio.

Consideraciones bioéticas

Los estudios del área de salud que involucren seres humanos como participantes deben ceñirse a un marco bioético estricto. Para este estudio, se emplearon los principios bioéticos que se desprenden del Reporte Belmont [25], donde destacan el respeto de las decisiones de cada participante antes y durante el estudio, además de aplicar el consentimiento informado [26]. Este estudio contó con un acta de aprobación de proyecto por parte de un comité de ética institucional.

RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes participantes (n=148)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	148	100,0
Edad	Mín. - Máx.	Media
	40-78 años	52,07 años
Género		
Femenino	60	40,5
Masculino	88	59,5
Estado civil		
Soltero	12	8,1
Casado	85	57,4
Conviviente	42	28,4
Divorciado(a)	6	4,1
Viudo(a)	3	2
Condición de la ocupación		
Trabajo estable	40	27
Trabajo eventual	86	58,1
Sin ocupación	22	14,9

En la tabla 1, en cuanto al sexo prevaleció el masculino (59,5%). Según el estado civil prevaleció los que son casados (57,4%) y finalmente, según la condición de la ocupación prevaleció los que tenían trabajo eventual (58,1%)

Tabla 2. Calidad de vida en participantes (n=148)

Variable	Valor final	n	%
Calidad de vida	Muy baja	4	2,7
	Baja	20	13,5
	Promedio	67	45,3
	Alta	33	22,3
	Muy alta	24	16,2
Total		148	100,0

En la tabla 2, se observa que en la variable calidad de vida prevaleció el valor promedio (45,3%), seguido de alta (22,3%), muy alta (16,2%), baja (13,5%) y muy baja (2,7%).

Tabla 3. Dimensiones de calidad de vida según dimensiones

Dimennsiones	Valor final	n	%
Función física	Muy baja	0	0,0
	Baja	21	14,2
	Promedio	58	39,2
	Alta	33	22,3
	Muy alta	36	24,3
Rol físico	Muy baja	45	30,4
	Baja	14	9,5
	Promedio	7	4,7
	Alta	8	5,4
	Muy alta	74	50
Dolor corporal	Muy baja	23	15,5
	Baja	14	9,5
	Promedio	17	11,5
	Alta	28	18,9
	Muy alta	66	44,6
Salud general	Muy baja	26	17,6
	Baja	28	18,9
	Promedio	57	38,5
	Alta	4	2,7
	Muy alta	33	22,3
Vitalidad	Muy baja	10	6,8
	Baja	45	30,4
	Promedio	27	18,2
	Alta	42	28,4
	Muy alta	24	16,2
Función social	Muy baja	2	1,4
	Baja	33	22,3
	Promedio	39	26,4
	Alta	43	29,1
	Muy alta	31	20,9
Rol emocional	Muy baja	45	30,4
	Baja	14	9,5
	Promedio	0	0,0

	Alta	18	12,2
	Muy alta	71	48
Salud mental	Muy baja	0	0,0
	Baja	38	25,7
	Promedio	42	28,4
	Alta	62	41,9
	Muy alta	6	4,1
Transición de salud	Muy baja	29	19,6
	Baja	12	8,1
	Promedio	17	11,5
	Alta	57	38,5
	Muy alta	33	22,3

En la tabla 3. según las dimensiones, en función física prevaleció el valor promedio (39,2%), en rol físico prevaleció el valor muy alto (50%), en dolor corporal prevaleció el valor muy alto (44,6%), en salud general prevaleció el valor promedio (38,5%), en vitalidad prevaleció el valor bajo (30,4%), en función social prevaleció el valor promedio (26,4%), en rol emocional prevaleció el valor muy alto (48%), en salud mental prevaleció el valor alto (41,9%) y finalmente en transición de salud prevaleció el valor alto (38,5%).

Validez y confiabilidad

La validez de contenido se realizó a través de un juicio de expertos, donde participaron 5 especialistas (valor promedio 92%), quienes indicaron que el cuestionario es aplicable. La validez estadística se determinó mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin que fue de 0,92 (KMO>0,5) y la prueba de Bartlett que fue significativa (p<0,001). La confiabilidad se realizó a través de la prueba de Alfa de Cronbach, el cual arrojó un valor de 0,912, el cual se considera como fiable.

DISCUSIÓN

Las ECV son un grupo de ENT que se hacen más prevalentes con el correr de los años, todas asociadas a factores de riesgo vinculados a una mala práctica de estilos de vida, lo cual tiene influencia negativa en la CV [27][28]. Por ello es fundamental valorar la CV en personas con ECV que acuden a un establecimiento de salud privado localizado en Lima Norte, pues ello dará elementos base que permitan identificar la magnitud del problema que a su vez permita el diseño de estrategias y acciones de salud futuras.

En cuanto a la CV, predominó el valor promedio en un 45,3%, seguido del alto con 22,3%. Estos resultados obedecen a que los pacientes son en su mayoría continuadores, es decir acuden a sus controles de salud con frecuencia, ello constituye en un factor protector importante. Este estudio coincide con los hallazgos de Alharbi y colaboradores [11], quienes encontraron una CV moderada. La salud física y mental deben ser revisadas en los controles de salud. Sobre esto, señalar que es crucial identificar los factores de riesgo asociados a la enfermedad, sobre esto Chatzinikolaou y colaboradores [12], en su estudio resalta que la CV se ve afectada por factores como la edad, el tipo de cardiopatía, la terapia y las comorbilidades. Los proveedores de atención en salud deben conocer los factores que afectan los sectores de la CV (vida física, emocional y social) de los pacientes con ECV para poder actuar.

A diferencia de estudios como los de Lozada *et al.* [13], Matta [14] y Moreno *et al.* [15], en donde la CV fue deficiente en la mayoría de ellos. La adherencia a las indicaciones y al tratamiento son fundamentales en estos pacientes, al igual que el control de factores como el peso, la presión arterial, glucemia y lípidos en sangre.

Sobre esto, hay que señalar que las ECV tienen un profundo efecto negativo en la CV, por ello las intervenciones para mejorar la CV deben centrarse en contrarrestar los factores asociados modificables, como los cambios en el estilo de vida y el control de la progresión de la enfermedad. La promoción de la salud y educación a los pacientes en buenas prácticas de salud son fundamentales [29]. El paciente educado o alfabetizado, tendrá mejor predisposición a cumplir las indicaciones y empoderarse para su autocuidado y afrontar mejor su enfermedad crónica [15].

En relación con las dimensiones, en función física prevaleció el valor promedio (39,2%), en rol físico prevaleció el valor muy alto (50%), en dolor corporal prevaleció el valor muy alto (44,6%), en salud general prevaleció el valor promedio (38,5%), en vitalidad prevaleció el valor bajo (30,4%), en función social prevaleció el valor promedio (26,4%), en rol emocional prevaleció el valor muy alto (48%), en salud mental prevaleció el valor alto (41,9%) y finalmente en transición de salud prevaleció el valor alto (38,5%). En relación con esto, en salud general el valor bajo y muy bajo suman 36,5%, ello puede obedecer a que la persona al saber que es una enfermedad de evolución crónica, es decir no se cura, tienden a apreciar que su salud general no mejorará por dicha situación. Si bien es cierto, la enfermedad puede controlarse y uno debe saber convivir con ella.

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de mortalidad en todo el mundo. Estudios recientes han demostrado que la incidencia de ECV aumenta a edades más tempranas. Un estudio de pacientes con cuyo promedio de edad fue de 28 años, mostró que el 46,5%, el 44,4% y el 9% de los encuestados tienen riesgo bajo, moderado y alto de ECV, respectivamente. Los factores asociados al riesgo de ECV fueron la educación, el antecedente de ataques cardíacos entre los padres, sentirse triste o deprimido durante 2 semanas o más seguidas, tener varios episodios/estrés permanente, exponerse al humo de tabaco ajeno y consumir carne y aves de corral más de dos veces al día. Es decir, más del 50% de los participantes tenían un riesgo moderado a alto de ECV [30].

Sin duda, la actividad física tiene beneficios, independientemente de la edad. Sin embargo, la evidencia

señala que, los objetivos y los niveles de actividad física que se pretende alcanzar varían según las etapas de la vida y los resultados rara vez se contextualizan utilizando un marco de referencia del ciclo de vida. Una brecha de conocimiento clave, en este sentido, es la relación de las diferentes trayectorias de la actividad física a lo largo de la vida (por ejemplo, el mantenimiento de la actividad física desde la infancia hasta la edad adulta frente a un patrón ondulante) [31].

Las ECV afectan en general la salud física y mental. Ante ello, la evidencia señala que el estrés es un componente omnipresente de la experiencia humana. Si bien a menudo se considera una adversidad que se debe ignorar, el estrés crónico tiene consecuencias patológicas importantes, incluida la ECV. El estrés también aumenta la prevalencia y la gravedad de varios factores de riesgo de ECV, incluida la hipertensión, la diabetes mellitus y la obesidad [32].

Como conclusión del estudio, podemos señalar que en la variable CV prevaleció el valor promedio (45,3%), seguido de alta (22,3%), muy alta (16,2%), baja (13,5%) y muy baja (2,7%), todo ello siendo resultado del balance entre factores protectores y de riesgo. El enfermero con su ciencia del cuidado y a través de un trabajo con el equipo multidisciplinario, debe diseñar acciones de salud en base a la valoración de cada paciente y los factores de riesgo modificables identificados en este. La educación en salud también es un elemento importante, ya que ello ayuda a que el paciente sea más consciente de su situación de salud, solo así se hará más adherente a las indicaciones del personal de salud y contribuye en su propio autocuidado. El soporte de la familia también es importante, eso ayuda al soporte emocional que estos pacientes requieren.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Non-communicable diseases [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2023 [actualizado 16 de septiembre 2023; acceso 22 de marzo de 2024]. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. World Health Organization. Cardiovascular Diseases [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2024 [actualizado en enero de 2024; acceso en enero de 2024]. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
3. World Health Organization. Cardiovascular diseases [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [actualizado en junio de 2021; acceso en enero de 2024]. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwm_SzBhAsEiwAXE2CvzZ83RGTMCtjLdxYzhmqNNe-PQPPANHF2tL_IhMGHw5kHgXs7JzKChoCdsMQAvD_BwE
4. Isath A, Koziol K, Martinez M, Ewing C, Martinez M, Emery M. Exercise and cardiovascular health : A state-of-the-art review. Progress in Cardiovascular Diseases [revista en Internet] 2023 [acceso en enero de 2024]; 79(1): 44-52. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37120119/
5. Global Cardiovascular Risk Consortium, Magnussen C, Ojeda F, Leong D, Alegre-Diaz J, Amouyel P, *et al.* Global Effect of Modifiable Risk Factors on Cardiovascular Disease and Mortality. N Engl J Med [Internet]. 2023; 389(14): 1273-85. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37632466/
6. Pan American Health Organization. Cardiovascular disease burden [sede Web]. Whashington-Estados Unidos: PAHO; 2021 [actualizado en enero de 2021; acceso en enero de 2024]. [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/en/enlace/cardiovascular-disease-burden
7. Instituto Nacional de Estadistica e Informatica. El 60,8% de la población de 60 y más años de edad presentó al menos una comorbilidad en el año 2022 [Internet]. Lima - Perú: INEI; 2022. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-608-de-la-poblacion-de-60-y-mas-anos-de-edad-presento-al-menos-una-comorbilidad-en-el-ano-2022-14399/#:~:text=El Instituto Nacional de Estadística,hipertensión arterial%2C obesidad y diabetes
8. Ministerio de Salud. Alrededor de 7 millones de peruanos sufren de hipertensión arterial [sede Web]. Lima-Perú: MINSA; 2024 [actualizado en enero de 2024; acceso en enero de 2024] [Internet]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/956596-alrededor-de-7-millones-de-peruanos-sufren-de-hipertension-arterial
9. Soloveva A, Gale C, Han N, Hurdus B, Aktaa S, Palin V, et al. Associations of health-related quality of life with major adverse cardiovascular and cerebrovascular events for individuals with ischaemic heart disease: systematic review, meta-analysis and evidence mapping. Open Hear [Internet]. 2023; 10(2): e002452. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10619110/
10. Chollou KM, Shirzadi S, Pourrazavi S, Babazadeh T, Ranjbaran S. The Role of Perceived Social Support on Quality of Life in People with Cardiovascular Diseases. Ethiop J Health Sci [Internet]. 2022; 32(5): 1019-26. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36262697/
11. Alharbi M, Alharbi F, AlTuwayjiri A, Alharbi Y, Alhofair Y, Alanazi A, *et al.* Assessment of health-related quality of life in patients with heart failure: a cross-sectional study in Saudi Arabia. Health and Quality of Life Outcomes [revista en Internet] 2022 [acceso 20 de enero de 2024]; 20(1): 1-7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36042486/
12. Chatzinikolaou A, Tzikas S, Lavdaniti M. Assessment of Quality of Life in Patients With Cardiovascular Disease Using the SF-36, MacNew, and EQ-5D-5L Questionnaires. Cureus [Internet]. 2021; 13(9): e17982. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8517455/
13. Lozada A, Piscoya J, Shiraishi C, Mendieta W. Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial. Revista de Salud Pública [revista en Internet] 2020 [acceso 8 de enero de 2024]; 22(6): 618-625. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rsap/2020.v22n6/618-625/
14. Matta L. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a un policlínico ubicado en Los Olivos. Revista Cuidado y Salud Pública [revista en Internet] 2021 [acceso 5 de enero de 2024]; 1(2): 71-77. Disponible en: https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/29
15. Moreno M, Ramos L. Calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares que acuden a una clínica especializada ubicada en Lima Norte, 2022 [tesis licenciatura]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2022. [Internet]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/719
16. Salazar J, Pando M, Arana C, Heredia D. Calidad de vida: hacia la formación del concepto. Investigación en Salud [revista en Internet] 2005 [acceso 8 de enero de 2024]; 7(3): 1-5. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg053d.pdf

17. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicologica [revista en Internet] 2012 [acceso 7 de enero de 2024]; 30(1): 61-71. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
18. Vilagut G, Ferrer M, Rajmi L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J, *et al.* El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria [revista en Internet] 2005 [acceso 7 de enero de 2024]; 19(2): 135-150. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
19. García J, Jimenez F, Arnaud M, Ramírez Y, Lino L. Introducción a la metodología de la investigación en ciencias de la salud. 2ªed. Alcala-España: Editorial Formacion Alcala; 2021. 1-362 p.
20. Polit D, Tatano CH. Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería. 9ª ed. Madrid - España: Wolters Kluwer Health; 2021. 512 p.
21. Dubey B, Kothari D. Research methodology. Techniques and Trends. New York-USA: Chapman and Hall/CRC; 2022. 306 p.
22. Corporation Rand. 36-Item Short Form Survey (SF-36) [sede Web]. California-USA: RAND; 2024 [actualizado enero 2024; acceso enero de 2024]. [Internet]. Disponible en: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html
23. Yarlas A, Bayliss M, Cappelleri J, Maher S, Bushmakin A, Chen L, *et al.* Psychometric validation of the SF-36 Health Survey in ulcerative colitis: results from a systematic literature review. Qual Life Res. [revista en Internet] 2018 [acceso 7 de enero de 2024]; 27(2): 273-290.
24. López L. Bioestadística y sus aplicaciones. México D.F.: LLS; 2020. 147 p.
25. Office for Human Research Protections. The Belmont Report [Internet]. Washington D.C.- EE.UU.; 1979. Disponible en: https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html
26. Veatch RM, Guidry-Grimes LK. The basics of bioethics. 4ª ed. Londres-Reino Unido: Routledge; 2020. 324 p.
27. Van Wilder L, Clays E, Devleesschauwer B, Pype P, Boeckxstaens P, Schrans D, *et al.* Health-related quality of life in patients with non-communicable disease: study protocol of a cross-sectional survey. BMJ Open [Internet]. 2020; 10(9): e037131. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32912984/
28. Jalali-Farahani S, Amiri P, Fakhredin H, Torshizi K, Cheraghi L, Khalili D, *et al.* Health-related quality of life in men and women who experienced cardiovascular diseases: Tehran Lipid and Glucose Study. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2021; 19(1):225. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34565411/
29. Tito K, Gebremariam GT, Beyene K, Sander B, Gebretekle GB. Health-related quality of life and treatment satisfaction of patients with cardiovascular disease in Ethiopia. Front Public Heal [Internet]. 2022;10:7-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36299740/
30. Azzani M, Muagan GAP, Atroosh WM, Ng IZ. Risk of cardiovascular diseases among young adults: a cross-sectional study in Malaysia. BMJ Open [Internet]. 2024; 14(4): 7-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38688667/
31. Perry AS, Dooley EE, Master H, Spartano NL, Brittain EL, Pettee Gabriel K. Physical Activity Over the Lifecourse and Cardiovascular Disease. Circ Res [Internet]. 2023; 132(12): 1725-40. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10254078/
32. Osborne MT, Shin LM, Mehta NN, Pitman RK, Fayad ZA, Tawakol A. Disentangling the Links Between Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease. Circ Cardiovasc Imaging [Internet]. 2020; 13(8): E010931. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32791843/