

Conductas de autocuidado en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca crónica

Mónica Tarapués ¹, Marcelo Albán ², Michael Arévalo ², Jean-Paul Paredes ²



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

1 Médico, PhD en Farmacología, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador; y, Colegio Ciencias de la Salud, Universidad San Francisco de Quito.

2 Estudiante de la carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

Correspondencia: Mónica Tarapués
E-mail: monica@tarapues.com

Recibido: 10 - Octubre - 2018

Aceptado: 14 - Diciembre - 2018

Palabras clave: Insuficiencia Cardíaca, Terapéutica, Comportamiento, Cumplimiento del paciente, Autocuidado.

Forma de citar este artículo:

Tarapués M, Albán M, Arévalo M, Paredes JP. Conductas de autocuidado en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca crónica. Rev Med Vozandes 2018; 29: 67 - 72.

Resumen

Contexto

La insuficiencia cardíaca (IC) es una patología compleja que se asocia con mala calidad de vida y una alta mortalidad. Las medidas autocuidado personal en los pacientes con IC son un aspecto importante y útil para mejorar su calidad de vida.

Objetivo

Determinar la frecuencia de las conductas de autocuidado en pacientes con IC.

Diseño

Estudio transversal

Lugar y Sujetos

Pacientes con IC atendidos en la consulta externa de cardiología y medicina interna de cuatro unidades de salud, durante los meses de marzo a mayo del 2018.

Mediciones principales

Datos demográficos, comorbilidades, tratamientos farmacológicos y medidas de autocuidado evaluadas con la escala EHFScBS.

Resultados

Se encuestaron 69 pacientes (33.3% hombres, 66.6% mujeres) con una edad de 62 ± 12 años. El 76.8% de los pacientes tenían dos o más comorbilidades. Los pacientes recibían un promedio de 3.8 medicamentos y la frecuencia de polifarmacia fue del 34%. Se encontró conductas de autocuidado positivas (frecuencia de autocuidado Siempre + Casi siempre), para la toma de medicación acorde a indicaciones médicas (95.6%), consumo de dieta baja en sal (72.4%) y reposo durante el día (62.3%). Una falta o ausencia de medidas de autocuidado (frecuencia de autocuidado Casi nunca + Nunca), se observó en la búsqueda de atención médica si ocurría un aumento del peso en 2 kg en una semana (75.3%) o si se presentaba hinchazón de pies/piernas (53.6%), en la vacunación anual contra la gripe (44.9%) y el ejercicio semanal (42%).

Conclusión

La ausencia de conductas de autocuidado fue alta. El 75% de los pacientes no buscan atención médica cuando se presentan signos de congestión. Una mejor información sobre las medidas de autocuidado es esencial como parte del tratamiento no farmacológico en los pacientes con IC crónica.

Key words: Heart Failure, Therapeutics, Health behavior, Patient compliance, Self-care.

Abstract

Self-care behaviors in outpatients with chronic heart failure

Context

Heart failure (HF) is a complex pathology that is associated with poor quality of life and high mortality. Self-care measures in patients with HF are an important and useful aspect to improve their quality of life.

Objective

To determine the frequency of self-care behaviors in patients with HF.

Design

Cross-sectional study.

Subjects and settings

Patients with HF attended in the outpatient clinic of cardiology and internal medicine at four health care units, during the months of March to May of 2018.

Main measurements

Demographic data, comorbidities, pharmacological treatments and self-care measures evaluated with the EHFScBS scale.

Results

69 patients were surveyed (33.3% men, 66.6% women) with an age of 62 ± 12 years. 76.8% of the patients had two or more comorbidities. The patients received an average of 3.8 medications and the frequency of polypharmacy was 34%. Positive self-care measures were found (self-care Always + Frequently) for taking medication according to medical indications (95.6%), consumption of low salt diet (72.4%) and rest during the day (62.3%). A lack or absence of self-care measures (self-care Almost never + Never), was observed for the search for medical attention if there was a 2 kg/week weight gain (75.3%) or if there was swelling of feet / legs (53.6%), in the annual vaccination against influenza (44.9%) and weekly exercise (42%).

Conclusion

The absence of self-care measures was high. 75% of patients do not seek medical attention when they show signs of congestion. Better information on self-care measures is essential as part of non-pharmacological treatment in patients with chronic HF.

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) afecta alrededor del 1% al 3% de la población adulta en países desarrollados y la prevalencia aumenta con la edad (más del 10% entre personas ≥ 70 años de edad); el riesgo de IC a los 55 años es del 28% y 33%, para el sexo femenino y masculino respectivamente. La tasa de mortalidad general a los 12 meses de seguimiento para los pacientes crónicos estables no hospitalizados es del 7% y para los pacientes con IC hospitalizados alcanza el 17%. En Ecuador, para el año 2014, la mortalidad por IC y sus complicaciones

alcanzó el 7.7% acorde a los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)^[1].

A nivel mundial, las proyecciones indican que la prevalencia de IC aumentará hasta un 46% en el año 2030. Debido a su gravedad, esta enfermedad tiene un gran impacto en el pronóstico y estilo de vida de los pacientes, asociado con un síntoma alto de carga, mala

calidad de vida, alta mortalidad y frecuentes ingresos hospitalarios, contribuyendo al aumento de los costos de atención médica^[2, 3]. De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en los próximos años las enfermedades cardiovasculares seguirán causando una elevada tasa de mortalidad a nivel mundial y para el 2030, serán responsables de la muerte de 23.6 millones de personas^[4, 5].

Dentro del manejo de la IC, el autocuidado es un aspecto importante y útil para la mejoría de síntomas, calidad de vida, reducción tasas de hospitalización, costo y mortalidad. Por lo anterior, es indispensable la educación del paciente sobre el tratamiento no farmacológico que debe cumplir. Actualmente existen instrumentos validados que ayudan a estimar las medidas de autocuidado de los pacientes, así como su calidad de vida. Estos instrumentos permiten evaluar tanto la frecuencia de las conductas de autocuidado y su impacto en la calidad de vida, lo cual es de utilidad para a su vez relacionarlo con la educación necesaria para los pacientes sobre los cuidados de su patología^[2, 3, 6]. La escala europea de autocuidado en IC (EHFScBS por sus siglas en inglés) es la más utilizada para evaluar el grado de autocuidado en estos pacientes y ha sido validada en varios centros de Holanda, Suecia, Italia, España y en países de América Latina como Colombia^[7, 8].

En nuestro entorno, no existen datos sobre el grado de cumplimiento de las medidas de autocuidado en estos pacientes; y, la falta de empleo de estas medidas podría implicar un aumento en la tasa de hospitalización, empeoramiento de la calidad de vida y la disminución de la supervivencia de los pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar las conductas de autocuidado en pacientes ecuatorianos con IC, para obtener una primera aproximación al empleo de las mismas como parte del tratamiento no farmacológico de la IC.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, en cuatro unidades de salud del país: dos hospitales de especialidad (Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, perteneciente Ministerio de Salud Pública; y, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) ubicados en la ciudad de Quito; y, dos hospitales generales (Hospital Provincial de Latacunga, del Ministerio de Salud Pública; y, Hospital de Santo Domingo, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social).

Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años, con IC crónica, atendidos en la consulta externa del servicio de Cardiología o de Medicina Interna, durante los meses de marzo a mayo del 2018; y, que otorgaron su consentimiento informado de participación. Se excluyeron aquellos pacientes que no recordaban datos relevantes para el estudio y en quienes hubo inconsistencia en la información. El tipo de

muestreo fue aleatorio simple y se realizó a la salida de consulta externa, en un momento posterior a la cita médica en la consulta ambulatoria.

A cada paciente que aceptó participar, se le realizó una entrevista conforme una encuesta cerrada y se aplicó la escala de autocuidado en IC (EHFScBS). No se utilizó otros instrumentos que evalúen la calidad de vida, ni se recolectaron datos adicionales por revisión de historias clínicas. Se registraron los datos demográficos, tiempo de evolución de la patología, conocimiento del paciente sobre su estado clínico conforme la escala de la valoración funcional de IC del New York Heart Association (NYHA), presencia y tipo de comorbilidades, tratamientos farmacológicos, presencia de polifarmacia (definida como el uso concomitante de cinco o más medicamentos) y conductas de autocuidado.

La escala europea de autocuidado en IC (EHFScBS)^[6], ha sido validada en población latinoamericana^[7] y estadounidense^[9], demostrando su utilidad y aplicabilidad fuera de Europa. Los doce ítems de este instrumento valoran la frecuencia de las medidas de autocuidado que los pacientes con IC realizan durante su vida diaria, a través de una gradación tipo Likert (siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca). Estos ítems se dividieron en dos grupos: ocho ítems que evalúan las medidas de autocuidado propiamente dichas; y cuatro que evalúan el autocuidado desde la perspectiva de búsqueda de atención médica ante el apareamiento de signos de alarma.

Para este estudio adicionalmente se determinó el empleo de conductas de autocuidado positivas, definidas como aquellos ítems de la escala EHFScBS con mayor frecuencia de respuestas acumuladas en la combinación de las categorías "Siempre" y "Casi siempre"; y, la falta o ausencia de conductas de autocuidado, definidas como aquellos ítems con mayor frecuencia de respuestas acumuladas en la combinación de las categorías "Casi Nunca" u "Nunca".

Para los análisis se utilizó un paquete estadístico Epi Info™. En el análisis de los datos se utilizó una estadística descriptiva, resumiendo las variables cualitativas como porcentajes y las cuantitativas como medias. En la descripción de los datos demográficos, patologías de los pacientes, medicaciones utilizadas y medidas de autocuidado utilizadas, se consideró como denominador el recuento del total de pacientes investigados.

Resultados

Tabla 1. Características de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, atendidos en la consulta ambulatoria.

Característica	[n=69 (%)]
Sexo	
Masculino	23 (33.3)
Femenino	46 (66.7)
Edad	
	62 ± 14
Grupos de edad	
Menor de 60 años	29 (42.0)
Entre 61 y 70 años	18 (26.1)
Entre 71 y 80 años	15 (21.7)
Mayor de 81 años	7 (10.1)
Educación	
Ninguna	2 (2.8)
Primaria	40 (57.9)
Secundaria	21 (30.4)
Superior	6 (8.6)
Situación laboral	
Activo	55 (79.7)
Jubilado	14 (20.2)

Los datos se presentan como número (porcentaje) o como media desviación ± estándar.

Se encuestaron 75 pacientes, sin embargo seis fueron excluidos por inconsistencia de los datos. De los 69 pacientes finalmente considerados para el análisis, 23 (33.3%) fueron hombres y 46 (66.6%) mujeres. La edad promedio fue de 62 años (rango: 31 – 92 años). Más del 50% fueron pacientes mayores de 60 años, la mayoría se encontraban laboralmente activos (79.7%) y pocos (8.6%) tenían estudios superiores; **tabla 1**.

Patologías de los pacientes

Los pacientes tenían un tiempo de evolución de la enfermedad de aproximadamente 5.9 años (media 79 meses, mínimo 3 meses y máximo 360 meses). En relación al conocimiento de los pacientes sobre su patología cardíaca, tan solo 18 pacientes (26.1%) tenían noción de su estado funcional en base a la escala de la valoración del New York Heart Association (NYHA). De estos pacientes, 11 refirieron que se encontraban en NYHA grado I – II y otros 7 tenían grado III – IV.

Solo 16 pacientes (23.2%) de los 69 padecían IC como única patología. Los restantes 53 pacientes presentaban entre dos y seis comorbilidades; y, las patologías con mayor frecuencia fueron: hipertensión arterial (n=31), dislipidemia (n=15), diabetes mellitus tipo 2 (n=12), fibrilación auricular (n=7) y EPOC (n=6); **tabla 2**.

Medicaciones de los pacientes

Los pacientes utilizaban un promedio 3.8 de medicamentos. Tan solo 11 pacientes eran usuarios

Tabla 2. Frecuencia de comorbilidades en los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, atendidos en consulta ambulatoria.

Número de patologías	[n=69 (%)]
Una	16 (23.2)
Dos o tres	36 (52.2)
Cuatro o cinco	16 (23.2)
Seis	1 (1.4)
Tipo de comorbilidad	
Hipertensión arterial	31 (44.9)
Dislipidemia	15 (21.7)
Diabetes mellitus tipo 2	12 (17.3)
Fibrilación auricular	7 (10.1)
EPOC	6 (8.6)
Hipotiroidismo	4 (5.7)
Hipertensión pulmonar	3 (4.3)
Insuficiencia renal	2 (2.8)
Úlcera gastroduodenal	1 (1.4)
Insomnio	1 (1.4)
Poliglobulia	1 (1.4)

Los datos se presentan como número (porcentaje).

Tabla 3. Frecuencia de medicamentos utilizados en los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, atendidos en consulta ambulatoria.

Medicamentos por paciente	[n=69 (%)]
Uno o dos	11 (15.9)
Tres	20 (28.9)
Cuatro	14 (20.2)
Cinco	15 (21.7)
Seis	8 (11.5)
Siete	1 (1.4)
Fármacos utilizados	
Furosemida	33 (47.8)
Carvedilol	30 (43.4)
Enalapril	25 (36.2)
Bisoprolol	11 (15.9)
Espironolactona	10 (14.4)
Losartán	8 (11.5)
Warfarina	8 (11.5)
Digoxina	6 (8.6)
Ácido Acetil Salicílico	4 (5.7)
Amiodarona	4 (5.7)

Los datos se presentan como número (porcentaje).

de uno o dos medicamentos. La frecuencia de polifarmacia fue del 34%. Los fármacos más frecuentes en sus tratamientos fueron: furosemida (47.8%), carvedilol (43.4%) y enalapril (36.2%); **tabla 3**.

Autocuidado de la insuficiencia cardíaca

En el total de 69 pacientes se encontró conductas de autocuidado positivas (acumulado de frecuencia para categorías Siempre + Casi siempre), en los ítems relacionados con la toma de medicación acorde a indicaciones médicas (66 pacientes; 95.6%), el consumo de dieta baja en sal (50 pacientes; 72.4%) y el reposo durante el día (43 pacientes; 62.3%); **tabla 4**.

Una falta o ausencia de conductas de autocuidado (acumulado de frecuencia para categorías Casi nunca + Nunca), se observó en los ítems referentes a la búsqueda de atención médica si ocurría un aumento del peso en 2 kg en una semana (52 pacientes; 75.3%) o si se presentaba hinchazón de pies/piernas (37 pacientes; 53.6%), en la vacunación anual contra la gripe (31 pacientes; 44.9%) y el ejercicio semanal (29 pacientes; 42%).

Discusión

Los dispositivos de acceso venoso totalmente implantables La ausencia de conductas de autocuidado fue alta; hasta un 75% de los pacientes encuestados nunca o casi nunca buscan atención médica cuando presentan signos de congestión por su insuficiencia cardíaca (aumento de peso e hinchazón de piernas). El cumplimiento del tratamiento

farmacológico fue una de las medidas de autocuidado positivas con más alto cumplimiento; sin embargo, es preocupante la ausencia de cumplimiento de las medidas de autocuidado relacionadas con la búsqueda de atención médica ante la detección de signos de alarma en esta patología crónica.

Estos resultados son similares a los observados en Colombia⁷, donde la mayoría de pacientes cumplen medidas de autocuidado positivas como tomar la medicación y reducir el consumo de sal, al igual que en nuestro estudio; sin embargo, se observó que la población colombiana realiza de manera más frecuente el control de peso diario y vacunación anual contra la gripe, medidas que en la población ecuatoriana investigada se observan con baja frecuencia.

En un trabajo realizado en el Hospital Enrique Garcés de Quito, se evidenció que el 78% de pacientes atendidos tiene una mala calidad de vida (evaluada a través de la escala de Minnesota), en especial en la esfera emocional¹⁰. Nuestro estudio aporta importante información, puesto que las medidas de autocuidado son esenciales para mejorar la calidad de vida. Es importante mencionar que estas medidas deben ser guiadas por los profesionales sanitarios, por lo que nuestros resultados sugieren que el equipo de salud requiere mejorar su calidad de atención, particularmente en la información y educación al paciente, destinada a mejorar sus actitudes y prácticas de autocuidado¹¹; para que, de esta forma, los pacientes se empoderen de su tratamiento, de su autocuidado y por lo tanto, se mejore su calidad de vida¹².

Tabla 4. Conductas de autocuidado evaluadas con la escala europea de autocuidado para IC (EHFScBS), en los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, atendidos en consulta ambulatoria.

Ítem de la escala EHFScBS	Frecuencia del autocuidado				
	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Medida de autocuidado					
Me peso cada día	1 (1.5)	4 (5.8)	20 (28.9)	27 (39.1)	17 (24.6)
Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso	22 (31.9)	12 (17.4)	19 (27.5)	11 (15.9)	5 (7.3)
Limito la cantidad de líquidos que bebo	21 (30.4)	11 (15.9)	9 (13.0)	15 (21.7)	13 (18.8)
Reposo un rato durante el día	30 (43.5)	13 (18.8)	13 (18.8)	6 (8.7)	7 (10.2)
Realizo una dieta baja en sal	37 (53.6)	13 (18.8)	14 (20.3)	1 (1.5)	4 (5.8)
Me vacuno contra la gripe todos los años	24 (34.8)	4 (5.8)	9 (13.0)	9 (13.0)	23 (33.3)
Tomo toda la medicación como me han indicado	60 (87)	6 (8.7)	1 (1.5)	---	2 (2.9)
Hago ejercicio por lo menos 3 veces por semana	19 (27.5)	5 (7.2)	10 (14.5)	12 (17.4)	17 (24.6)
Búsqueda de atención médica					
Si mi dificultad respiratoria aumenta	18 (26.1)	7 (10.2)	11 (15.9)	12 (17.4)	21 (30.4)
Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más	15 (21.7)	7 (10.2)	10 (14.5)	9 (13.0)	28 (40.6)
Si aumento 2 kg en una semana	3 (4.4)	4 (5.8)	10 (14.5)	8 (11.6)	44 (63.8)
Si experimento aumento de fatiga (cansancio)	14 (20.3)	4 (5.8)	9 (13.0)	11 (15.9)	31 (44.9)

Los datos se presentan como número (porcentaje).

Ante el aumento de la prevalencia de la IC, las sociedades científicas en países industrializados han publicado guías de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de esta patología [12]. En América Latina, algunos países han desarrollado sus guías de manejo, avaladas por las respectivas autoridades sanitarias, tal es el caso de Colombia y México [13, 14]. Sin embargo, en Ecuador hasta la presente fecha, todavía no existe guía de práctica clínica promulgada por la autoridad sanitaria sobre esta patología, por lo que conocer sobre la falta de medidas de autocuidado entre los pacientes puede ayudar a mejorar la atención de estos pacientes y establecer programas de educación.

A pesar de que en este estudio se investigó un reducido número de pacientes, en el contexto ecuatoriano es el primer trabajo que se realiza para analizar las medidas de autocuidado en pacientes con IC. Los resultados pueden encontrarse sujetos a un grado de error, debido al potencial sesgo de memoria que pueden tener los pacientes al momento de responder; por ello, este trabajo es una fase inicial para futuras investigaciones más ampliadas sobre la calidad de vida de estos pacientes y las medidas de autocuidado que utilizan, las cuales también deberán mejorar la precisión en la evaluación del estado clínico mediante la revisión detallada de la historia clínica, tanto de la patología de base, como de las comorbilidades.

En conclusión, los resultados obtenidos permiten evidenciar la problemática de la falta de conocimiento y aplicación de las medidas de autocuidado por parte de los pacientes, las cuales constituyen parte de la información de tratamiento no farmacológico que necesariamente deben recibir los pacientes con IC crónica.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Agradecimiento

A los estudiantes de sexto semestre de la carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, periodo Marzo-Agosto 2018, quienes colaboraron en la recolección de datos de este estudio.

Financiamiento

Estudio financiado con fondos propios de los autores.

Contribuciones de los autores

MT: idea original, diseño del estudio, gestión de base de datos, análisis estadístico, redacción del manuscrito.

MALb: gestión de base de datos, análisis estadístico, redacción del manuscrito.

MARe: gestión de base de datos, redacción del manuscrito.

JPP: idea original, gestión de base de datos

Referencias

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Principales Causas de Mortalidad [Internet]. Ecuador en cifras. 2014 [cited 2019 Feb 1]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>
- 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* 2016; 14: 23.
- Barbaranelli C, Lee CS, Vellone E, Riegel B. Dimensionality and reliability of the self-care of heart failure index scales: further evidence from confirmatory factor analysis. *Res Nurs Heal* 2014; 37: 524-37.
- Perna ER, Coronel ML, Címbaro Canella JP, Echazarreta D. Revisión de insuficiencia cardíaca en Argentina. Avances y retrocesos luego de dos décadas de registros y más de 19000 pacientes incluidos. *Insuf Card* 2015; 10 (1): 2-10.
- Ávila da Costa PF. El autocuidado del paciente con insuficiencia cardíaca a la luz del modelo teórico de Dorothea Orem. *Rev Mex Enf Cardiol* 2014; 22 (2): 70-77.
- Vellone E, Jaarsma T, Strömberg A, Fida R, Årestedt K, Rocco G, et al. The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: new insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure. *Patient Educ Couns* 2014; 94: 97-102.
- Davila FA, Mendoza FdC, Boada NA, Martínez SP, Pardo-Rey DA. Validación de la escala europea de autocuidado en la falla cardíaca. *Rev Colomb Cardiol* 2017; 24 (2): 105-09.
- González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59: 166-70.
- Lee CS, Lyons KS, Gelow JM, Mudd JO, Hiatt SO, Nguyen T, et al. Validity and reliability of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale among adults from the United States with symptomatic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2013; 12: 214 - 18.
- Quishpe A. Calidad de Vida en paciente con Insuficiencia Cardíaca, en el servicio de medicina interna del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, durante los meses de Febrero-Abril del 2011, mediante la aplicación del Minnesota living with Heart Failure Quest [Tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2011. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5882>
- Maldonado JC. Conocimientos, actitudes y prácticas en el autocuidado de la salud. *Rev Med Vozandes* 2018; 29: 5 - 6.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol* 2016; 69: 1167.e1-e85.
- Sénior JM y Grupo Desarrollador de la Guía. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la falla cardíaca en población mayor de 18 años clasificación B, C y D. Documento inicial de socialización. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; mayo 2015. Available from: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_falla_cardiaca/GPC_FallaCardiaca_Socializacion08052015.pdf
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de Salud. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica en el adulto para los tres niveles de atención. México: Secretaría de Salud CENETEC; 2015. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE-722-14-insuficiencia-cardiaca-cronica-en-adultos/722-GER.pdf>