

## **INVERTIGADORA PRINCIPAL:**

María Nieves Pardo Morán

## **TÍTULO**

**“Influencia del nivel de alfabetización en la evolución de pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en atención primaria”**

## **INTRODUCCIÓN**

Son muchas las definiciones propuestas sobre la alfabetización para la salud, de todas las ellas la que cuenta con un amplio consenso es la elaborada por el Consorcio Europeo sobre Alfabetización para la Salud y se describe como “la motivación y las aptitudes para acceder, comprender y aplicar la información en temas de salud, con el fin de hacer valoraciones y tomar decisiones en lo concerniente a temas cotidianos de salud, prevención de enfermedades y fomento de la salud, con la intención de mantener o mejorar la calidad de vida en el transcurso de esta” (1).

Del término de la alfabetización se desprenden dos perspectivas: una clínica centrada en las competencias que adquiere la población para moverse y entender la patología que padecen y otro de salud pública que incluye dimensiones más allá del ámbito sanitario como el entorno familiar, laboral y comunitario (2).

Es importante distinguir la alfabetización en salud de la alfabetización en general. Según la Organización de Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura (UNESCO) en inglés la palabra “alfabetizado” significaba “estar familiarizado con la literatura” o en términos generales “bien educado, erudito”, si bien su definición más amplia abarca “estar informado o educado en un área particular” (2). En los últimos años, esta idea está evolucionando, y se habla de alfabetización como conjunto autónomo de actividades, alfabetización aplicada a la práctica o como proceso de aprendizaje. Además el enfoque se está ampliando refiriéndose no sólo a la transformación individual, sino también a la contextual y social. Incluye la búsqueda de información, la toma de decisiones, la resolución de problemas, el pensamiento crítico y la comunicación (3), vinculando así la alfabetización en salud con el crecimiento económico y el cambio sociocultural y político.

Significa pues que la alfabetización en salud es un conjunto de competencias en evolución que no permanecen estáticas en el tiempo. En esta definición, la salud está vinculada a la calidad de vida y puede considerarse como un medio para un fin, más que como un estado fijo al que una persona debería aspirar. La salud, por tanto, se considera un recurso de la vida cotidiana, no un objeto de la vida (4).

El nivel bajo de alfabetización puede ser una causa importante de problemas de salud relacionados con muchas enfermedades crónicas. Existe una relación directa entre un nivel bajo de alfabetización con menor conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad (5)(6), y en consecuencia un diagnóstico e inicio de tratamiento más tardío (7), un menor uso de los servicios preventivos (8), mayor tasa de hospitalización (9) y a su vez mayor mortalidad (10). En general, es más difícil captar a la población con conocimientos de salud inadecuados en programas de screening y servicios de prevención, generando así a la larga más patología crónica evitable (8).

El proyecto europeo sobre alfabetización (1), concluye con que un 12,4% de los europeos tiene un nivel de alfabetización inadecuada, mientras que un 35,2% presentan

una alfabetización en salud problemática. En Estados Unidos, un informe del Instituto Médico indica que casi la mitad de la población adulta estadounidense puede tener dificultades para actuar sobre la información de la salud (8), este hallazgo se ha denominado “epidemia de alfabetización en salud”. En consecuencia, en América se busca tomar medidas para garantizar una mejor comunicación sanitaria estableciendo directrices de alfabetización en salud (11) y enfoque transdisciplinario. A pesar de la mejoría general de la salud en las últimas décadas, persisten importantes diferencias socioeconómicas que se reflejan en los indicadores de salud, sobretudo en la esperanza de vida, las enfermedades crónicas y la mortalidad infantil (12), de ahí la importancia del enfoque multisectorial para abordar las desigualdades de salud persistentes.

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad crónica común, un síndrome clínico que consta de síntomas cardinales que pueden ir acompañados de signos. Es una patología muy influyente en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, asociada con una morbilidad y mortalidad sustancial (13). En países desarrollados afecta al 1-2% de la población adulta. En los países desarrollados, la incidencia ajustada por edad está disminuyendo, presumiblemente reflejado a un mejor manejo de la enfermedad cardiovascular (CV), pero debido al envejecimiento de la población, su incidencia está aumentando, actualmente la incidencia de la IC en Europa es del 1-2% en los adultos. Su prevalencia aumenta con la edad, alrededor del 1% en los menores de 55 años hasta superar el 10% en mayores de 70 años (13). Algo más del 50% de los pacientes con IC son mujeres (14).

Son muchos los factores que pueden contribuir a la evolución de la IC como dificultades para la comunicación, la falta de apoyo para el autocuidado, la pobreza, falta de formación y el acceso deficiente a una atención médica adecuada. Los factores de riesgo cardiovascular en la edad adulta están relacionados con la posición socioeconómica que alcanza la población en la edad adulta y no se objetiva relación con la posición social en la niñez. En ambos sexos se asoció un mayor grado de obesidad en clases sociales altas pero una menor alfabetización en clases sociales bajas (15).

Un nivel bajo de alfabetización se asocia con una peor calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca, un menor conocimiento sobre su enfermedad, así como una peor gestión del autocuidado y autoeficacia (16) aumentando el riesgo de hospitalización de pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca. La mayoría de los estudios de los que disponemos en la actualidad están centrados en población añosa con mucha comorbilidad (17) (18) y a estudios intra y perihospitalarios, donde se ha comprobado que una baja alfabetización coincide con una mayor tasa de reagudización de la insuficiencia cardíaca (9) (19). En el estudio (7) se demuestra que una baja alfabetización se asocia a un mayor uso de la atención médica en los 30 días posteriores al ingreso de IC descompensada. A pesar de esto, la medición y el uso de la educación en salud para guiar el asesoramiento y la planificación del alta hospitalaria en pacientes con insuficiencia cardíaca no se realiza comúnmente. Iniciar el tratamiento a nivel hospitalario ha demostrado una mejora de adherencia terapéutica y una reducción potencial del riesgo de eventos cardiovasculares futuros (20).

El autocuidado es un eje fundamental en el control de las agudizaciones de la IC, existen estudios que describen que un nivel bajo de alfabetización está relacionado con una menor eficacia de conductas de autocuidado (16). La alfabetización influye en el aprendizaje de las habilidades esenciales de autocuidado de IC, las exacerbaciones y la calidad de vida de los pacientes (21). En el estudio (22) se concluyó que las conductas de autocuidado de los pacientes con IC crónica no eran óptimas. Se debe identificar pacientes con un bajo nivel de conocimientos sobre la salud y supervisar de forma más estrecha su comportamiento de autocuidado buscando garantizar que el paciente comprenda y acepte los mensajes educativos, ya que la mayoría de los programas de

manejo de la IC enfatizan que la mejora del comportamiento de autocuidado es la clave del éxito a fin de mejorar la calidad de vida, reducir la mortalidad y la morbilidad y los costos de atención de la salud (23).

La mayoría de los pacientes capaces de utilizar los medios adecuados para controlar reanudaciones de IC son aquellos experimentados con ICC de larga data, en cambio pacientes recién diagnosticados de IC no se sienten cómodos evaluando la eficacia de sus acciones de autocuidado y la mayoría sentían desconfianza en sí mismos sobre su capacidad para ello. No es sorprendente que las tasas de rehospitalizaciones sigan siendo altas (24). Se ha objetivado que los pacientes más jóvenes, hombres y derivados de la consulta externa de cardiología (con una gestión previa de formación en IC) muestran un mayor conocimiento y comprensión de la enfermedad y el tratamiento, por el contrario los pacientes mayores presentan una mayor adherencia a la restricción dietética y como las mujeres, mejores hábitos tóxicos (fumar y beber alcohol) (25). Muchos reingresos pueden evitarse, se necesitan estrategias alternativas para mejorar la gestión y la evolución de la IC a largo plazo. Esta intervención se basa en la educación integral del paciente y su familia, una dieta prescrita y la aplicación de recomendaciones sobre tratamiento domiciliario (26).

El grado de práctica de autocuidado en población con IC es moderado, se asoció un mejor autocuidado con mayor conocimiento de IC y viceversa, potencialmente modificables desde atención primaria (27). Es necesario concienciar a los profesionales sanitarios del impacto en la salud individual y colectiva de la importancia de la accesibilidad y comprensión de las enfermedades individuales.

Sin embargo, la relación entre la alfabetización y los resultados deficientes en el curso de la IC sigue siendo una hipótesis con poca evidencia empírica que respalde la conexión (19).

Hay estudios que indican que las exigencias de comprender y monitorizar los síntomas y la adherencia al tratamiento están limitados en pacientes con baja alfabetización (21), así como la toma de decisiones sobre el autocuidado y la actitud terapéutica (28) (29). Se ha demostrado que un bajo nivel de alfabetización se asocia con un menor deseo de participar en la toma de decisiones médicas pero no con la autoeficacia (30), aunque las diferencias en el conocimiento, la autoeficacia y el autocuidado no siempre explican la relación entre un bajo nivel de alfabetización y una peor morbilidad (16). Hay datos que confirman que la atención ambulatoria intensiva para pacientes de alta necesidad no reduce la utilización de recursos, los costes de atención de complicaciones ni el número de hospitalizaciones en comparación con la atención estándar(31), aunque hubo efectos positivos sobre la experiencia y el nivel de satisfacción de los pacientes (32).

Es cierto que muchos de los estudios se han centrado en resultados a corto plazo y no en los efectos a largo plazo. También hay evidencias de que la participación en los programas de educación del paciente no se distribuye de manera uniforme entre los grupos poblacionales (33), objetivando una brecha entre las expectativas y el desempeño real de los comportamientos relacionados con la participación en la atención médica y la prevención (33). La implantación de programas para el manejo de IC en pacientes tras una hospitalización centrado en la educación sanitaria durante un año, evaluando el número de fallecimiento, reingresos y costos, ha concluido que una educación formal y una intervención de apoyo reduce sustancialmente los resultados clínicos adversos y los costos para los pacientes con IC (34). Se ha comprobado, que los pacientes con más reanudaciones y mayor morbimortalidad son aquellos que se implican menos en llevar a cabo estrategias de autocuidado que incluyen el control de peso diario y el nivel de educación sanitaria, por lo tanto una monitorización y enseñanza

continuada puede ayudar al control de la progresión de la IC (35). En general, los programas de educación sanitaria a pacientes y familiares durante el ingreso de una descompensación de la IC con continuidad de asistencia en domicilio proporcionan resultados positivos, disminuyendo el número de reingresos hospitalarios así como el total de días de cama lo que permite ahorros de costos relevantes (36).

En el estudio (28) se realiza un intervención con una educación sobre el autocuidado en un grupo de 123 pacientes, de los cuales 41% tenía un nivel bajo de alfabetización. Se comprobó que el grupo intervención tuvo una tasa más baja de hospitalización y muerte y que los pacientes con una inadecuada alfabetización mejoraron su control crónico de la enfermedad.

A nivel de Atención Primaria (AP), se ha evaluado la influencia de la labor educativa en el grado del autocuidado con respecto a la evolución de la enfermedad, obteniendo una correlación entre la puntuación obtenida en el cuestionario EHFScBS y la formación, cuanto más tiempo estuvieron recibiendo educación sobre la IC por parte de enfermería, mejor era la puntuación obtenida por los pacientes en la escala de autocuidado. El hecho de que las puntuaciones mejoraran de forma progresiva sugiere que la educación debe ser continuada y persistente (37).

Por lo tanto, aunque la alfabetización se asocia con muchos problemas de salud, el proceso por el cual puede afectar a la evolución de la enfermedad no se comprende bien (5), sigue siendo una hipótesis con poca evidencia empírica que respalde la conexión (29).

Desde AP se debe reconocer las limitaciones y las necesidades de la población con patologías crónicas como la IC. Así pues, los médicos y enfermeras deben conocer las limitaciones de sus pacientes, adaptar la atención y facilitar recursos para una mejor comprensión de la información de la salud (38) haciendo hincapié en la atención de forma individualizada a pacientes con estas características (39).

Es importante abordar una reorganización de los recursos físicos, mentales y sociales para fortalecer la autosuficiencia de los pacientes con IC (40). A pesar de la evidencia científica del tratamiento farmacológico, los pacientes con IC están infratratados, a esto se suma la falta de prestación de otros componentes de la atención al paciente con IC, incluida la educación (41). Es un desafío para los médicos y demás sanitarios de salud pública marcando como objetivos mejorar la habilidad de la alfabetización en salud junto con un enfoque transdisciplinario de la atención buscando una comunicación y comprensión eficaz entre el médico y el paciente (11). La mejora de la alfabetización en salud debería tratarse como una línea estratégica fundamental que actúe sobre la atención y el cuidado, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (1) así como diseñar y adaptar programas de rehabilitación cardíaca que desde AP podrían mejorar y controlar las conductas de autocuidado con el objetivo de mejorar la equidad de la prestación de asistencia sanitaria (22).

Todo esto, mejoraría la eficacia y la eficiencia a nivel sanitario y económico en los servicios de salud, aunque no siempre se reducen los gastos tras una atención ambulatoria intensiva en pacientes crónicos (31).

En este estudio, he planteado la hipótesis de que la alfabetización con un conocimiento bajo de la salud conduce a un entendimiento deficiente de la IC junto con un peor comportamiento de autocuidado, menos consultas médicas y mayor número de exacerbaciones. ¿Conocemos realmente lo que saben nuestros pacientes sobre su enfermedad? Esa es otra de las cuestiones a analizar en la investigación, enfocando la necesidad de individualizar en el manejo de las necesidades de cada uno de los pacientes con IC (42).

## **PALABRAS CLAVE**

Alfabetización en salud, academic level, heart failure, Health status indicators, self-care, patient education, questionnaire.

## **HIPÓTESIS:**

Dado que se trata de un estudio descriptivo no se precisa de una hipótesis analítica sino que se plantea la siguiente hipótesis operativa:

Se sospecha que un nivel bajo de alfabetización influye en la evolución de la insuficiencia cardíaca crónica, aumentando las agudizaciones, la morbilidad y la mortalidad. El conocimiento sobre la enfermedad, el autocuidado, el reconocimiento de los signos congestivos y de reagudización así como el apoyo social de los pacientes con IC condicionan la evolución de la enfermedad.

## **OBJETIVOS:**

Objetivo general:

Analizar la relación entre la alfabetización en salud y la evolución de la Insuficiencia Cardíaca Crónica en pacientes en seguimiento desde Atención Primaria.

Objetivos específicos:

1. Conocer el nivel de alfabetización en pacientes tratados de Insuficiencia Cardíaca Crónica desde Atención Primaria.
2. Determinar las conductas de autocuidado en personas con Insuficiencia Cardíaca Crónica que visitan los centros de salud.
3. Relacionar el nivel de alfabetización con conductas de autocuidado.
4. Relacionar el nivel de alfabetización con el número de reagudizaciones de Insuficiencia Cardíaca Crónica.
5. Relacionar el nivel de alfabetización con los ingresos hospitalarios por Insuficiencia Cardíaca Crónica.
6. Relacionar el nivel de alfabetización con la clase social.
7. Relacionar el nivel de alfabetización con el apoyo social.
8. Analizar la influencia de la alfabetización en salud y la formación académica.
9. Describir el nivel de cumplimiento y conductas relacionadas con la adherencia al tratamiento, hábitos tóxicos y medidas higiénico- dietéticas.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño:**

Estudio observacional descriptivo.

### **Ámbito y sujetos del estudio :**

El estudio se realiza en el ámbito de Atención Primaria. Se pretende estudiar a la población mayor o igual a 55 años que vive en su domicilio adscrita a los Centros de Salud Urbanos de Huelva capital. Para ello se seleccionará una muestra aleatoria representativa de la población.

El punto de corte se establece con la edad de 55 años, debido a que la prevalencia de la IC aumenta con la edad, alrededor del 1% en los menores de 55 años hasta superar el 10% en mayores de 70 años (13).

Se ha calculado el tamaño de la muestra asumiendo como referencia de la alfabetización en salud un 50% del porcentaje esperado (38), con una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%, necesitando entonces 384 pacientes, a lo que se le suma un 20% por las posibles pérdidas haciendo un total de 460 pacientes.

### **Criterios de inclusión:**

- Mujer y Hombre.
- Edad: mayor o igual de cincuenta y cinco años de edad.
- Visita al centro de salud en los tres últimos años.
- Pacientes que acepten de forma voluntaria participar en el estudio y firmen el consentimiento informado (*Anexo 1*).

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con secuelas graves de accidentes cerebrovasculares, patología psiquiátrica grave, demencia avanzada.
- Pacientes dependientes con un Barthel < 20.
- Pacientes paliativos o en situación terminal con expectativa de vida menor de un año.
- Entrevista con barrera idiomática.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

### **Variables:**

1. El nivel de alfabetización, se trata de una variable cualitativa dicotómica. Se utilizará el cuestionario Health Literacy Survey European Union Q-47 (HLS-EU-Q47), que consiste en una encuesta europea validada para medir la alfabetización sanitaria en las poblaciones. Incluye 47 ítems que abordan las dificultades autoinformadas para comprender, evaluar y aplicar la información en tareas relacionadas con la toma de decisiones en el cuidado de la salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud. Hay versiones de HLS resumidas con la misma capacidad para medir el nivel de alfabetización, como la HLS-EU-Q16. Son preguntas que clasifican el grado de dificultad percibida por el encuestado en cada situación como muy fácil, fácil, difícil, muy difícil o no sabe/no contesta. Estos resultados se transformarán cada uno en respuesta dicotómica: muy difícil y difícil = 0, fácil y muy fácil = 1. La puntuación se obtendrá como la suma de las puntuaciones de los 16 ítems, considerando "nivel inadecuado o

problemático” una puntuación entre 0 y 12 y “nivel suficiente” una puntuación entre 13 y 16 (*Anexo 2*).

## 2. Variables sociodemográficas:

- Edad: cuantitativa continua expresada en años cumplidos.
- Sexo: cualitativa dicotómica (Hombre/ mujer).
- Estado civil: cualitativa policotómica: soltero/a, casado/a, separado/a, divorciado/a, viudo/a.
- Etnia humana según Blumenbach: cualitativa policotómica: mongólico o amarillo/ americano o rojo/ caucásico o blanco/ malayo o pardo (sudeste asiático)/ etiópico o negro.
- Formación: cualitativa policotómica: sin estudios/ estudios básicos (formación escolar)/ estudios de bachillerato/ formación profesional/ estudios universitarios/ estudios de postgrado.
- Situación laboral: cualitativa nominal: Con trabajo/parado/sin trabajo/otras situaciones.
- Clase social: cualitativa nominal: se medirá a través de la CSO- 2012 abreviada (43) (*Anexo 3*).
- Zona demográfica: cualitativa policotómica. Centro de Salud al que el paciente está abscrito.

3. Autocuidado: variable cuantitativa. El cuestionario de autocuidado que se utilizará es La European Heart Failure Self-Care Behavior Scale (EHFScBS). Es un cuestionario autoadministrado que consta de 12 ítems sencillos sobre habilidades y actitudes de autocuidado que abordan diferentes aspectos del autocuidado de los pacientes, para lo cual tardan aproximadamente de 5 a 10 minutos en completar. Además esta escala discrimina a los pacientes con educación adicional sobre IC y a los pacientes sin dicha formación. Cada ítem se puntúa de 1 (estoy completamente de acuerdo/ siempre) a 5 (estoy completamente en desacuerdo/nunca). La puntuación global puede variar de 12 (mejor autocuidado) a 60 (peor autocuidado) (*Anexo 4*).

4. Apoyo social: cualitativa nominal. Para el estudio de esta variable se usará el cuestionario Duke-Unc. El cuestionario evalúa el apoyo social confidencial y el afectivo percibido por un individuo. Consiste en un instrumento autoadministrado que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1 a 5). En la validación española se optó por un punto de corte de 32: una puntuación igual o mayor a 32 indica apoyo normal mientras que una puntuación inferior a 32 indica un apoyo social percibido bajo (*Anexo 5*).

5. Dependencia funcional: cualitativa ordinal: Se utilizará la escala de Barthel. Escala validada que permite valorar la autonomía de la persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Se asignan puntuaciones según la capacidad del individuo para realizar una serie de actividades. Independiente (puntuación 100 o 90 si va en silla de ruedas)/ dependencia leve (60-90/100)/ dependencia moderada (40-55) /dependencia grave (20-25) /dependencia total (<20) (*Anexo 6*).

6. Cuidador: cualitativa dicotómica (sí/no). Se aplicará en caso de dependencia del sujeto estudiado. Si la respuesta es sí, valoraremos otras características de esta variable:

- o Tipo de cuidador: cualitativa dicotómica: formal (persona especializada vinculada a algún servicio de atención profesionalizada que se encarga del cuidado del individuo)/ informal (persona de la familia o del entorno del paciente que se encarga de sus cuidados y no está vinculada a ningún servicio de atención profesionalizada)

- Parentesco con el paciente: cualitativa policotómica: no parentesco, esposo/a, hijo/a, hermano/a, otros.

#### 7. Variables clínicas:

- Patología concomitante: cualitativa policotómica. Se clasifican según grandes síndromes: patología cardiovascular, respiratoria, degenerativa, renal, digestiva, inmunitaria, tumoral y otros.
- Hábitos tóxicos: cualitativa dicotómica.
  - Fumador (sí/no). Se calculará con el Índice de Paquetes Año (IPA). (44)
  - Bebedor (sí/no). Poniendo como límite el consumo mayor o igual de 60 gramos (6 UBEs) de alcohol en varones y de mayor o igual de 40 gramos (4 Unidad de Bebida Estándar (UBEs)) en mujeres concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8 g/l). (45)
- Medicamentos prescritos: cuantitativa nominal.
- Nivel de cumplimiento terapéutico: cualitativa dicotómica (sí/no). Se utiliza el test de Morisky- Green para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes. Consiste en 4 preguntas de contraste con respuesta si/no, que refleja del conducta del paciente respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento de su enfermedad, asumiendo que si las actitudes con incorrectas el paciente es incumplidor. El paciente es cumplidor si se contesta de forma correcta a las 4 preguntas, es decir "No/Sí/No/No" (Anexo 7). (46)
- Valoración funcional de la IC: cuantitativa ordinal. Se analiza a través de la clase funcional de la NYHA (I-IV)(Anexo 8).
- Número de consultas en atención primaria en los últimos 3 años: cuantitativa discreta.
- Número de ingresos hospitalarios en los últimos 3 años: cuantitativa discreta.
- Número de descompensaciones de IC con necesidad de intensificar tratamiento ambulatorio en los últimos 3 años: cuantitativa discreta.

#### 8. Variables de descompensación de IC:

- Variables analíticas:
  - ProBNP: cuantitativa continua medida en pg/ml.
  - Leucocitos: cuantitativa continua medida en leucocitos/mm<sup>3</sup>.
  - Neutrófilos totales: cuantitativa discreta medida en neutrófilos/mm<sup>3</sup>.
  - Glucemia: cuantitativa continua medida en mg/dl.
  - Creatinina: cuantitativa continua medida en ml/min.
  - Filtrado glomerular: cuantitativa continua medida en ml/min.
  - Proteína C reactiva (PCR): cuantitativa continua medida en mg/l.
- Peso: cuantitativa continua medida kg

#### Recogida de datos:

Se realizará un muestreo aleatorizado con reposición manteniendo proporcionalidad de participantes entre los diferentes centros de salud que cumplan los criterios de inclusión. Una vez seleccionada la muestra se contactará con el individuo a estudio y/o cuidador principal o familiar para informar sobre el estudio que se pretende realizar y obtener su consentimiento informado.

En caso de aceptación, se programará una visita en el centro de salud o en el domicilio para la valoración del paciente, se realizará una anamnesis, una exploración exhaustiva, y se administrarán las escalas. Algunos cuestionarios serán administrados por el



personal sanitario, otros serán autoadministrados por el paciente o ambos según su validación.

Se registrarán todos los datos en la hoja de recogida de datos.

Se analizará el número de consultas que los pacientes realizan al centro de salud, las reagudizaciones y los tratamientos pautados en las mismas así como los ingresos hospitalarios a través de la información de la Historia Clínica de Salud.

En la descripción de las variables se indica la forma de recogida de los datos en cada parámetro concreto.

Se utilizará una hoja de recogida de datos (*Anexo 9*).

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

### **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

### **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.**

a) Adaptar el ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, y completar sus disposiciones.

El derecho fundamental de las personas físicas a la protección de datos personales, amparado por el artículo 18.4 de la Constitución, se ejercerá con arreglo a lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y en esta ley orgánica.

b) Garantizar los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución.

### **Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo. Principios de protección de datos**

Artículo 5. *Deber de confidencialidad.*

1. Los responsables y encargados del tratamiento de datos así como todas las personas que intervengan en cualquier fase de este estarán sujetas al deber de confidencialidad al que se refiere el artículo 5.1.f) del Reglamento (UE) 2016/679.
2. La obligación general señalada en el apartado anterior será complementaria de los deberes de secreto profesional de conformidad con su normativa aplicable.

3. Las obligaciones establecidas en los apartados anteriores se mantendrán aun cuando hubiese finalizado la relación del obligado con el responsable o encargado del tratamiento.

*Artículo 6. Tratamiento basado en el consentimiento del afectado.*

1. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 4.11 del Reglamento (UE) 2016/679, se entiende por consentimiento del afectado toda manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca por la que este acepta, ya sea mediante una declaración o una clara acción afirmativa, el tratamiento de datos personales que le conciernen.

2. Cuando se pretenda fundar el tratamiento de los datos en el consentimiento del afectado para una pluralidad de finalidades será preciso que conste de manera específica e inequívoca que dicho consentimiento se otorga para todas ellas.

3. No podrá supeditarse la ejecución del contrato a que el afectado consienta el tratamiento de los datos personales para finalidades que no guarden relación con el mantenimiento, desarrollo o control de la relación contractual.

**Firma de consentimiento escrito de participación en el estudio**

Como investigadora principal me hago responsable del manejo de la información de los pacientes así como del uso adecuado de los datos obtenidos a través de este estudio. Los datos obtenidos serán tratados de manera anónima. Se enviará al comité de ética de la investigación de la provincia de Huelva.

### **Análisis de los datos:**

Para el análisis de datos se utilizará el programa informático SPSS en versión 21 para iOS.

Se usarán medidas descriptivas, para las variables cuantitativas se utilizará la media y desviación típica y porcentajes para las variables cualitativas. Con esto se obtendrán datos de prevalencia.

Para estudiar posibles relaciones entre la variable dependiente (cualitativa) y otras variables cualitativas se usará la Chi cuadrado; y con otras variables cuantitativas, se usará el test de la t- Student para muestras independientes.

Las variables ordinales se analizarán con test estadísticos de tendencia lineal.

Como la alfabetización es una variable dicotómica, se construirá un análisis multivariante mediante regresión logística binaria.

Previo al análisis estadístico se comprobarán condiciones de aplicación.

Los intervalos de confianza usados para extrapolar los datos de la muestra a la población se construirán al 95% y los valores de p serán considerados estadísticamente significativos cuando sean iguales o inferiores a 0.05.

### **Limitaciones del estudio:**

Al tratarse de un estudio limitado a la población adscrita a los Centros de Salud urbanos, puede encontrarse la limitación de que los resultados obtenidos sean equiparables a la población de estudio (adscritos a la capital) pero no a otros sectores de la población que vivan en regiones rurales o costeras y que puedan presentar circunstancias socioeconómicas y/o clínicas diferentes a las que puedan presentar los sujetos a estudio.

Otro condicionante es el correcto registro como ítem en la historia de salud de los pacientes el diagnóstico de la IC, ya que se accederá a la historia clínica y al contacto de aquellos que aparezcan como registro de dicha enfermedad. Los pacientes que no tengan registrado la IC como problema de salud no se incluirán en el estudio por falta de acceso a sus datos.

Al tratarse de población envejecida en general, debido a la prevalencia de la IC en mayores de 70 años, es posible que se encuentren dificultades en el acceso a los individuos seleccionados, en el sentido de la autorización y participación voluntaria y/o de la capacidad para toma de decisiones.

Al ser un estudio con un amplio número de variables a recoger, se puede presentar la limitación de obtener resultados erróneos en la recogida de datos. Se trata en su mayoría de datos subjetivos que el individuo a estudio o el cuidador deben contestar, favoreciendo esta característica el riesgo de cometer errores en la recogida e interpretación de los mismos. Para esto, se intentan recoger las variables del modo más objetivo y simplificado posible, para lo que se utilizarán escalas validadas que minimicen al máximo estos posibles errores.

Las pérdidas de sujetos pueden condicionar también una limitación, para eso se ha ampliado el tamaño muestral en un 20% más para intentar evitar la repercusión negativa de las pérdidas.

## **BIBLIOGRAFÍA COMENTADA, ACTUALIZADA Y PERTINENTE AL TEMA PROPUESTO:**

1. Romero MF, Ruiz-Cabello AL. Alfabetización en salud; concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Rev Comun Salud RCyS*. 2012;2(2):91-8.
2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. diciembre de 2012;12(1):80.
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 1 de diciembre de 2008;67(12):2072-8.
4. Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. :42.
5. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 26 de enero de 1998;158(2):166-72.
6. Federman AD, Wolf M, Sofianou A, Wilson EAH, Martynenko M, Halm EA, et al. The association of health literacy with illness and medication beliefs among older adults with asthma. *Patient Educ Couns*. agosto de 2013;92(2):273-8.
7. Cox SR, Liebl MG, McComb MN, Chau JQ, Wilson AA, Achi M, et al. Association between health literacy and 30-day healthcare use after hospital discharge in the heart failure population. *Res Soc Adm Pharm RSAP*. agosto de 2017;13(4):754-8.
8. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care*. mayo de 2002;40(5):395-404.
9. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*. diciembre de 1998;13(12):791-8.
10. Sudore R, Yaffe K, Satterfield S, et al. Limited literacy is associated with mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *J Gen Intern Med*. 2006;21:806–812. - Buscar con Google [Internet]. [citado 2 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Sudore+R%2C+Yaffe+K%2C+Satterfield+S%2C+et+al.+Limited+literacy+is+associated+with+mortality+in+the+elderly%3A+the+health%2C+aging%2C+and+body+composition+study.+J+Gen+Intern+Med.+2006%3B21%3A806%E2%80%93812>.
11. Lloyd LLJ, Ammary NJ, Epstein LG, Johnson R, Rhee K. A Transdisciplinary Approach to Improve Health Literacy and Reduce Disparities. *Health Promot Pract*. 1 de julio de 2006;7(3):331-5.
12. Singh GK, Daus GP, Allender M, Ramey CT, Martin EK, Perry C, et al. Social Determinants of Health in the United States: Addressing Major Health Inequality Trends for the Nation, 1935-2016. *Int J MCH AIDS*. 2017;6(2):139-64.
13. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 21 de septiembre de 2021;42(36):3599-726.
14. AMF semFYC [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/>
15. Brunner E, Shipley MJ, Blane D, Smith GD, Marmot MG. When does cardiovascular risk start? Past and present socioeconomic circumstances and risk factors in adulthood. *J Epidemiol Community Health*. diciembre de 1999;53(12):757-64.
16. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure. *J Gen Intern Med*. 1 de septiembre de 2011;26(9):979-86.
17. Janjusevic A, Cirkovic I, Lukic I, Janjusevic V, Jevtic K, Grgurevic A. Predictors of health related-quality of life among elderly with disabilities. *Psychogeriatrics*.

2019;19(2):141-9.

18. León-González R, García-Esquinas E, Paredes-Galán E, Ferrero-Martínez AI, González-Guerrero JL, Hornillos-Calvo M, et al. Alfabetización en salud y resultados de salud en pacientes muy ancianos con insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 1 de marzo de 2018;71(3):178-84.

19. Wu J-R, Holmes GM, DeWalt DA, Macabasco-O'Connell A, Bibbins-Domingo K, Ruo B, et al. Low Literacy Is Associated with Increased Risk of Hospitalization and Death Among Individuals with Heart Failure. *J Gen Intern Med*. 1 de septiembre de 2013;28(9):1174-80.

20. Fonarow GC. The role of in-hospital initiation of cardiovascular protective therapies to improve treatment rates and clinical outcomes. *Rev Cardiovasc Med*. 2003;4 Suppl 3:S37-46.

21. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 22 de septiembre de 2009;120(12):1141-63.

22. Santesmases-Masana R, González-de Paz L, Hernández-Martínez-Esparza E, Kostov B, Navarro-Rubio MD. Self-Care Practices of Primary Health Care Patients Diagnosed with Chronic Heart Failure: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. mayo de 2019 [citado 4 de mayo de 2021];16(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6539518/>

23. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*. 2003;5(3):363-70.

24. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart Lung J Cardiopulm Acute Care*. 1 de septiembre de 2001;30(5):351-9.

25. Gonzalez B, Lupon J, Parajon T, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Nurse evaluation of patients in a new multidisciplinary Heart Failure Unit in Spain. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2004;9.

26. Valle R, Carbonieri E, Tenderini P, Zanella C, De Cian F, Ginocchio G, et al. [Proposed protocol for the ambulatory management of patients discharged with heart failure diagnosis: collaborative project Venice-HF]. *Ital Heart J Suppl Off J Ital Fed Cardiol*. abril de 2004;5(4):282-91.

27. Salvadó-Hernández C, Coscolluela-Torres P, Blanes-Monllor C, Parellada-Esquius N, Méndez-Galeano C, Maroto-Villanova N, et al. Insuficiencia cardiaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado. *Aten Primaria*. 1 de abril de 2018;50(4):213-21.

28. DeWalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman RL, et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial [ISRCTN11535170]. *BMC Health Serv Res*. 13 de marzo de 2006;6:30.

29. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns*. noviembre de 2003;51(3):267-75.

30. DeWalt DA, Boone RS, Pignone MP. Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *Am J Health Behav*. octubre de 2007;31 Suppl 1:S27-35.

31. Effect of an Intensive Outpatient Program to Augment Primary Care for High-Need Veterans Affairs Patients: A Randomized Clinical Trial - PubMed [Internet]. [citado 9 de junio de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027338/>

32. Ward L, McMurray A, Law CK, Mihala G, Connor M, Scuffham P. The Cost Consequences of the Gold Coast Integrated Care Programme. *Int J Integr Care*. 15 de septiembre de 2021;21(3):9.

33. Adams RJ. Improving health outcomes with better patient understanding and education. *Risk Manag Healthc Policy*. 2010;3:61-72.

34. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 9 de diciembre

- de 2021]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0735109701016990?token=373BF12B1B1FA0365DBDA3DC2C1D28CD65FE782C2E2773CDACF035801FEC1F1B4BADDC777CB9B26224A8BB1F24672EEA&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211209162707>
35. Wright SP, Walsh H, Ingley KM, Muncaster SA, Gamble GD, Pearl A, et al. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *Eur J Heart Fail.* junio de 2003;5(3):371-80.
  36. Valle R, Carbonieri E, Tenderini P, Zanella C, De Cian F, Ginocchio G, et al. [A comprehensive management system for heart failure improves clinical outcomes and reduces medical resource utilization]. *Ital Heart J Suppl Off J Ital Fed Cardiol.* abril de 2004;5(4):282-91.
  37. 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.* 1 de febrero de 2006;59(2):166-70.
  38. Santesmases-Masana R, González-de Paz L, Real J, Borràs-Santos A, Sisó-Almirall A, Navarro-Rubio MD. Alfabetización en salud en pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en atención primaria. *Aten Primaria.* enero de 2017;49(1):28-34.
  39. Peters-Klimm F, Kunz CU, Laux G, Szecsenyi J, Müller-Tasch T. Patient- and provider-related determinants of generic and specific health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in primary care: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 13 de septiembre de 2010;8:98.
  40. Scherer M, Himmel W, Kochen MM, Koschack J, Ahrens D, Chenot J-F, et al. Psychosocial determinants for frequent primary health care utilisation in patients with heart failure. *Psycho-Soc Med.* 2 de abril de 2008;5:Doc02.
  41. Fonarow GC. Strategies to improve the use of evidence-based heart failure therapies: OPTIMIZE-HF. *Rev Cardiovasc Med.* 2004;5 Suppl 1:S45-54.
  42. Ibrahim SY, Reid F, Shaw A, Rowlands G, Gomez GB, Chesnokov M, et al. Validation of a health literacy screening tool (REALM) in a UK population with coronary heart disease. *J Public Health Oxf Engl.* diciembre de 2008;30(4):449-55.
  43. Crespo MJC. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA. :13.
  44. Consumo de tabaco en paquetes año [Internet]. [citado 1 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.semergencantabria.org/calc/cocalc2.htm>
  45. Aubà Llambrich J, Freixedas Casaponsa R. La detección del consumo de alcohol en atención primaria. *Aten Primaria.* 2000;25(4):268-73.
  46. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica [Internet]. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13125407>

## **ANEXOS**

1. Consentimiento Informado
2. Cuestionario HLS-EU-Q16.
3. Clases sociales ocupacionales de la CSO- 2012 agrupada I
4. La European Heart Failure Self-Care Behavior Scale (EHFScBS)
5. Cuestionario DUKE-UNC11
6. Índice de Barthel
7. Test de Morisky- Green
8. Clasificación funcional de la NYHA



**ANEXO 1: Consentimiento Informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

**TITULO: “Influencia del nivel de alfabetización en la evolución de pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en atención primaria”**

Don/Doña.....  
.....con DNI.....,  
Manifiesto que:

- He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio. LA HOJA DE INFORMACIÓN TAMBIÉN DEBE APARECER AQUÍ...
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y se me han aclarado mis dudas.
- He recibido información en cantidad y calidad suficiente sobre el estudio.
- Comprendo que los datos que se recojan no serán conocidos más que por el médico y los miembros del equipo que realizarán el estudio. Se guardará siempre el secreto médico.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en el momento que lo desee.

Por todo lo anterior, acepto y doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma del paciente:

Dr/Dra.....  
.....Miembro del equipo que realiza el estudio y da información a tutor.

Firma del investigador:

Fecha \_\_ / \_\_ / \_\_ \_\_ día mes año

**ANEXO 2: Cuestionario HLS-EU-Q16.**

Enunciado	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil	No sabe/ no contesta
1. Encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés.					
2. Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo (p.ej médico, farmacéutico o psicólogo)					
3. Entender lo que le dice el médico					
4. Entender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas					
5. Valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico					
6. Utilizar la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad					
7. Seguir las instrucciones de su médico o farmacéutico					
8. Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como estrés o depresión					
9. Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como dejar de fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso					
10. Comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos (p.ej mamografía, prueba de azúcar en sangre y presión arterial)					
11. Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación (p.ej televisión, Internet u otros medios de información)					
12. Decidir cómo protegerse de enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación (p.ej periódicos, folletos, Internet u otros medios de información)					
13. Encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental (p.ej meditación, ejercicios, paseos, pilates...)					
14. Comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos					
15. Comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud (p.ej Internet, periódicos, revistas)					
16. Valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud (p.ej costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio...)					

I	Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
II	Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
III	Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
IV	Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
V	Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
VI	Trabajadores no cualificados.

**ANEXO 4: La European Heart Failure Self-Care Behavior Scale (EHFScBS)**

Enunciado	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Me peso cada día					
2. Si siento ahogo (disnea), me paro y descanso					
3. Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi doctor/a o enfermero/a					
4. Si mis pies/ piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi doctor/a o enfermero/a					
5. Si aumento 2 kg en una semana , contacto con mi doctor/a o enfermero/a					
6. Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 1,5-2 L)					
7. Reposo un rato durante el día					
8. Si experimento aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi doctor/a o enfermero/a					
9. Realizo una dieta baja en sal					
10. Tomo toda la medicación como me han indicado					
11. Me vacuno contra la gripe todos los años					
12. Hago ejercicio regularmente					

Enunciado	1 Mucho menos de lo que deseo	2 Menos de lo que deseo	3 Ni mucho ni poco	4 Casi como deseo	5 Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

**ANEXO 6: Índice de Barthel**

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.	5
	- Dependiente.	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>= 60	Leve
100	Independiente

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

#### **ANEXO 7: Test de Morisky- Green**

### Preguntas

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

**Resultado: el paciente es considerado cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.**

<b>Clase I</b>	No limitación de la actividad física. La actividad ordinaria no ocasiona excesiva fatiga, palpitations, disnea o dolor anginoso.
<b>Clase II</b>	Ligera limitación de la actividad física. Confortables en reposo. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitations, disnea o dolor anginoso.
<b>Clase III</b>	Marcada limitación de la actividad física. Confortables en reposo. Actividad física menor que la ordinaria ocasiona fatiga, palpitations, disnea o dolor anginoso
<b>Clase IV</b>	Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin discomfort. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo. Si se realiza cualquier actividad física, el discomfort aumenta.