

NIVEL DE AUTOCAUIDADO EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA.

MASTER DE INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA SALUD.

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
FEBRERO 2014

MARIA TERESA ARIZALETA BELOQUI

AGRADECIMIENTOS.

A Julio Sánchez, profesor del Máster, y director de este trabajo, por sus conocimientos, tiempo, interés y disponibilidad desde la idea inicial hasta la revisión final.

A Berta Ibáñez, de la Unidad de Metodología, por sus consejos en el protocolo, por la estadística, por hacer fácil lo difícil.

A Elena Aparicio, Esther Beraza, Natalia Buldain, María Izquierdo, Cristina Pérez de Albeniz, enfermeras del centro de salud de Barañain: os debo que este trabajo sea una realidad.

A los pacientes, objetivo final del trabajo: por la colaboración y la confianza.

RESUMEN.

El autocuidado está ligado a una mejoría en los resultados tanto de morbimortalidad como de calidad de vida de las personas con insuficiencia cardiaca crónica.

La mejoría del autocuidado es un objetivo prioritario de la atención a estos pacientes. Para conocer nuestra situación de partida, evaluamos el autocuidado de 131 pacientes de Barañain (Navarra), diagnosticados de insuficiencia cardiaca, utilizando la escala europea de autocuidado, (European Heart Failure Self-Care Behavior Escala). Analizamos la relación entre autocuidado y características clínicas, demográficas y calidad de vida.

La edad media de la población fue de 75,1 años, un 53,4% eran mujeres. La mayoría cursaron estudios primarios y el 31,4% sufría algún grado de dependencia.

Por grado funcional, la distribución fue de 24,4%, 50,4%, 19,1% y 6,1%, (GF I a IV)

La comorbilidad era alta con una media de 3, 17 patologías por paciente, además de la insuficiencia cardiaca.

El 75,6% recibían diuréticos, 58,8% betabloqueantes y el 43,5% y 29% IECAs y ara II respectivamente.

La puntuación media de autocuidado fue 29,41 (DE 8,4). Puntuaciones que indican autocuidado correcto para la adherencia al tratamiento farmacológico (puntuación media 1,13) y vacunación antigripal (1,86); mejorable para dieta sin sal (2,15).

Y autocuidado deficiente para monitorización de peso (3,56), consulta por aumento de disnea (2,43) o aumento de peso (3,35) y realización regular de ejercicio físico (2,85).

Encontramos relación estadísticamente significativa entre la edad avanzada y mejor nivel de autocuidado. Las mujeres obtuvieron mejores puntuaciones que los hombres y las personas dependientes mejores que las independientes, sin significación estadística.

No hallamos relación entre el autocuidado y las demás variables estudiadas.

Conclusión: El nivel medio de autocuidado es deficiente. Nuestros pacientes obtienen puntuaciones indicativas de buen autocuidado en los ítems que hacen referencia al seguimiento de instrucciones o prescripciones concretas. Pero obtienen puntuaciones bajas en aquellas que tienen que ver con las medidas de monitorización y reconocimiento temprano de síntomas de descompensación.

INDICE.

1-ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	6
2. OBJETIVOS.	8
3-MATERIAL Y METODOS.....	9
▪ DISEÑO.	
▪ SUJETOS.	
▪ TAMAÑO MUESTRAL.	
▪ DESCRIPCION DE LAS VARIABLES.	
▪ RECOGIDA DE DATOS E INSTRUMENTOS DE MEDICION.	
▪ ANALISIS ESTADISTICO.	
▪ LIMITACIONES DEL ESTUDIO.	
4-RESULTADOS.....	14
4.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA.	
○ Características socio-demográficas.	
○ Características clínicas.	
○ Tratamiento farmacológico.	
4.2 RESULTADOS CON LA ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO (EHFScBS).	
○ Resultados globales.	
○ Resultados por ítem.	
○ Relación entre autocuidado y otras variables estudiadas.	
○ Resultados calidad de vida. (MLHFQ).	
5 – DISCUSION.....	34
5.1 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA	
5.2 CARACTERISTICAS CLINICAS.	
5.3 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	
5.4 CALIDAD DE VIDA	
5.5 AUTOCUIDADO	

6-CONCLUSIONES.....42

7-BIBLIOGRAFIA.....44

7- ANEXOS.....49

ANEXO 1- ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO EN INSUFICIENCIA CARDIACA.
ANEXO 2 - ÍNDICE DE BARTHEL.

ANEXO 3 - TEST MINNESOTA LIVING-WITH- HEART-FAILURE.

ANEXO 4- INFORMACION A LOS PARTICIPANTES.

ANEXO 5- CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ANEXO 6- RECOGIDA DE DATOS. VARIABLES.

ANEXO 7- GRADOS FUNCIONALES DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

CLASIFICACIÓN DE LA NYHA

1- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica de alta prevalencia en nuestro medio, que supone un alto consumo de recursos, aumenta la morbimortalidad y disminuye la calidad de vida de las personas que la sufren.

Su aparición marca con frecuencia la fase final de muchos procesos cardíacos, entre los que destaca la cardiopatía isquémica y la hipertensión. Su mortalidad es comparable a la de los procesos cancerosos más frecuentes, con cifras de supervivencia a los 4 años en muchos casos inferiores al 50%.⁽¹⁾

La prevalencia en España según el estudio PRICE es del 6.8% en la población de más de 45 años y aumenta hasta el 16.1% en los mayores de 75 años.

En España, la edad media de los pacientes con insuficiencia cardíaca es de 76 años en los atendidos por atención primaria y medicina interna y de 66 años en los tratados por cardiología. No hay diferencias en cuanto al grado funcional o número de ingresos, pero los que son atendidos en medicina interna presentan mayor comorbilidad ⁽⁵⁾.

En sus estadios más avanzados produce gran incapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. Es la principal causa de ingresos hospitalarios en mayores de 65 años ⁽²⁾.

En los países desarrollados entre el 2,5 y el 4% del gasto sanitario se destina a este problema. El 70% corresponde a gastos de hospitalización.

Debido al aumento de la supervivencia de las personas con problemas cardíacos, se espera que la incidencia de la insuficiencia cardíaca siga aumentando en los próximos años. Esto hace que se esté convirtiendo en un problema de salud pública por su magnitud, la complejidad de su abordaje global y el coste económico y social de su atención.

En la evolución de la enfermedad alternan periodos de estabilidad clínica, con descompensaciones por diversas causas: infecciones, interrupción del tratamiento farmacológico, cambios dietéticos...

Las descompensaciones pueden ser leves, siendo posible recuperar la situación anterior de estabilidad con ajustes en el tratamiento; o pueden ser tan graves como para requerir ingreso hospitalario y poner en peligro la vida del paciente.

Existe suficiente evidencia de que la optimización del tratamiento farmacológico junto con medidas multidisciplinarias de seguimiento y autocuidado del paciente, reducen significativamente la mortalidad y las hospitalizaciones, y mejoran la calidad de vida de los pacientes (1,3).

Las conductas de autocuidado se relacionan con desactivación neurohormonal y disminución significativa de los biomarcadores inflamatorios. Moser (32), explica los mecanismos fisiopatológicos por los cuales los comportamientos de autocuidado conducen a una mejor situación clínica de los pacientes.

Según la guía Europea para la insuficiencia cardiaca (año 2012), los comportamientos de autocuidado para la insuficiencia cardiaca incluyen: adherencia a la medicación, dieta y ejercicio, monitorización y manejo de los síntomas, control del peso para detectar la retención de líquidos y buscar asistencia sanitaria precoz cuando aparezcan los síntomas.

Los pacientes que se implican de manera activa en su cuidado y tratamiento y adherencia a la medicación mejoran su supervivencia y disminuyen los ingresos hospitalarios (6) (7)

La Sociedad Europea de Cardiología señala que, a pesar de dicha evidencia, solo entre el 20 y el 60% de los pacientes diagnosticados cumplen con el tratamiento farmacológico y no farmacológico que se les ha prescrito. Y recalca que la falta de adherencia, junto con las infecciones, son las causas más frecuentes de reingresos hospitalarios.

La escala europea de autocuidado, (Europea Heart Failure Self Care Behavior Escala, Jaarsma, 2003), ha demostrado su validez en numerosos estudios y países, entre ellos España, a la hora de medir el grado de autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca. Así mismo, permite detectar cambios en el grado de autocuidado tras una intervención educativa (8).

En Navarra, al igual que otras comunidades, el cuidado de estos pacientes descansa en la atención primaria, utilizándose puntualmente los recursos de atención especializada: cardiología, medicina interna y geriatría.

Es un momento oportuno para realizar este estudio puesto que el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, dentro de su estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos, ha creado un grupo de trabajo de insuficiencia cardiaca, que está trabajando para mejorar la atención a estos pacientes.

Se ha creado una Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC) hospitalaria, y se prevé implantar cambios que incluyen mejoras en el diagnóstico y seguimiento por parte de Atención Primaria; y en la coordinación entre Primaria y Especializada.

Dentro de los cambios previstos, uno de los principales objetivos es mejorar el nivel de autocuidado por parte del paciente y la familia. Siendo esto así, la realización de este trabajo es totalmente pertinente, pues nos permitirá conocer la situación de partida respecto al nivel de autocuidado de nuestros pacientes.

2- OBJETIVOS.

OBJETIVO PRINCIPAL.

Conocer el nivel de autocuidado de las personas con insuficiencia cardiaca atendidas en el Centro de Salud de Barañain, medido con la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca (EHFScBS).

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

1. Medir el grado medio de autocuidado (global y por ítem) según la Escala Europea de Autocuidado en insuficiencia cardiaca (EHFScBS).
2. Explorar la relación entre el nivel de autocuidado medido con la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca (EHFScBS), y variables demográficas, grado funcional y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.
3. Conocer si existe relación entre el nivel de autocuidado y la calidad de vida medida con el cuestionario Minnesota de calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca.
4. Averiguar si existe relación entre el nivel de autocuidado y el grado de dependencia funcional medida con la escala de Barthel.
5. Conocer las características de la enfermedad en la muestra estudiada: grado funcional según la New York Heart Association (NYHA) y comorbilidades asociadas.
6. Describir los fármacos utilizados para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca en los pacientes de la muestra

3-MATERIAL Y METODOS.

DISEÑO

- Estudio observacional descriptivo transversal.

SUJETOS

- Población de estudio: Pacientes mayores de 40 años con insuficiencia cardiaca de causa no reversible. Con diagnóstico basado en criterios clínicos de Framingham, pruebas complementarias como electrocardiograma, radiografía de tórax, y Ecocardiograma con signos característicos de insuficiencia cardiaca crónica y pertenecientes a la Zona Básica de Barañain (Navarra)
- Criterios de inclusión:

-Pacientes que tengan abierto en su historia clínica de Atención Primaria un episodio de insuficiencia cardiaca, código CIAP K77.

- Pacientes que hayan sido hospitalizados en los años 2010, 2011 o 2012, en cuyo informe de alta figure la insuficiencia cardiaca como diagnóstico, tanto en el diagnóstico principal como en cualquiera de los secundarios.

- Criterios de exclusión.

- Pacientes trasplantados.

- Pacientes con insuficiencia cardiaca atribuible a una causa reversible.

- Pacientes en situación de descompensación clínica.

- Personas en situación de final de vida, cuya esperanza de vida se estime menor de 6 meses.

- Personas diagnosticadas de demencia o enfermedad psiquiátrica severas.

TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño muestral necesario para estimar, con un nivel de confianza del 95%, la puntuación media en la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca (EHFScBS), con una precisión de ± 8 puntos, asumiendo una desviación típica esperada para los scores de 5 puntos, es $n=150$. Cálculos realizados en el programa R, 2.13.1, mediante la librería epiR. Valores medios orientativos ($\text{media} \pm \text{sd} = 36 \pm 8$) obtenidos del trabajo Velazquez et al., 2008 (18).

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

- De autocuidado

Puntuación obtenida en el cuestionario: escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca (EHFScBS); explicada más adelante.

Variable cuantitativa, valores posibles entre 12 y 60

- Socio demográficas

-Código paciente.

- Edad. Variable cuantitativa.

- Sexo, variable categórica binaria: hombre/mujer (1. Varón, 2. Mujer)

- Nivel educativo: 1. Analfabeto, 2. Elemental, 3. Bachiller, 4. Superior, 5. NA

- Convivencia, variable categórica con 5 categorías (1: vive solo, 2: vive en pareja y/o con hijos, 3: otra familia, amigos, 4: en comunidad/ otros, 5. NA

- Clínicas

- Grado NYHA en el momento de realización del cuestionario (ANEXO 7). Variable categórica con 4 categorías (1: GF I, 2: GF II, 3: GF III, 4: GF IV).

- Factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de: Diabetes, HTA, tabaquismo, IMC > 30, dislipemia.

Variables categóricas, (1. Si, 2. No, 3.NA)

- Comorbilidad: enfermedad vascular cerebral, insuficiencia renal, anemia, epoc, depresión, demencia, enfermedad oncológica, enfermedad tromboembólica.

Variables categóricas, (1. Si, 2. No)

-Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Variable cuantitativa.

- Relativas al tratamiento farmacológico

Variables categóricas binarias (1. Si, 2. No)

- Diuréticos de asa.

- Tiazidas

- Bloqueante de la aldosterona.

- Ivabradina.

- IECAs

- ARA II.

- Beta bloqueantes.

- Calcioantagonistas.

- Digital.

- Vasodilatadores coronarios.

- Anticoagulantes.

- Antiagregantes.

- Heparina de bajo peso molecular.

- Estatinas.

Relativas al diagnóstico

- Ecocardiograma. Variable categórica binaria (1. Si, 2. No).

-Fracción de eyección. Variable cuantitativa.

- Dependencia y calidad de vida

- Nivel de dependencia, cuantificado mediante índice de Barthel

Variable categórica con 5 categorías (1: 100 puntos independiente, 2: 60 – 95 dependiente leve, 3: 35 – 55 dependiente moderado, 4: 20 – 30 dependiente grave, 5: 0 – 15 dependencia total)

- Calidad de vida. Puntuación obtenida en Minnesota Living Heart Failure Questionnaire en Atención Primaria.

Variable cuantitativa, puntuación de 0 a 105.

RECOGIDA DE DATOS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Recogida de datos: Instrumentos.

- **Escala Europea de Autocuidado en insuficiencia cardiaca (EHFScBS)**, creada en 2003 por Jaarsma y col. (9). Utilizamos la versión española aprobada por los autores (González y col, 2006) (10). Emplearemos la versión de 12 ítems, aunque existe una versión reducida de 9 ítems, la primera es la que se ha utilizado en nuestro país. Ha sido validada en numerosos países, por lo que existen abundantes datos para su comparación.

La escala consiste en un cuestionario autoadministrado que aborda diferentes aspectos del autocuidado. Se trata de una escala tipo likert de 1 a 5, (completamente de acuerdo a completamente en desacuerdo). La puntuación va de 12 a 60 puntos, puntuaciones más altas indican peor autocuidado. (Anexo 1)

- **Minnesota Living with heart Failure Questionnaire (MLHFQ)**. Este cuestionario fue desarrollado en Estados Unidos en 1987, es una herramienta específica para medir la calidad de vida en las personas con insuficiencia cardiaca.

Validado en España y Atención Primaria por Parajón y Naveiro, respectivamente. (12), (14). Sus propiedades psicométricas hacen que resulte útil tanto en investigación como en la práctica clínica. (13) (15) (16).

Se pregunta el grado en que la enfermedad le impidió vivir como le hubiera gustado durante el último mes. Las preguntas hacen referencia a signos y síntomas de la enfermedad, relaciones sociales, actividad física, sexual, trabajo y emociones. Se obtienen puntuaciones sobre la dimensión física (rango 0-40), y emocional (rango 0 -25) de la calidad de vida, y una puntuación global (0 -105).

Es autoaplicable, consta de 21 ítems, con respuestas tipo likert, que van desde 0 (calidad de vida no afectada), a 5 (máxima afectación), de manera que a mayor puntuación peor calidad de vida. (Anexo 3)

- **Escala de Barthel**, cuestionario diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel. Consta de diez parámetros que miden las ABVD, grado de dependencia según la puntuación obtenida, siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa). Algunos autores han propuesto el punto de corte en 60 por encima del cual implica independencia.

En España es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación. También se emplea para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas a domicilio y valorar la eficacia de los tratamientos.

El Índice de Barthel puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la discapacidad física, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica y en Salud Pública. (17). (Anexo 2)

- Datos demográficos, relativos al tratamiento y a la enfermedad se obtendrán de la historia clínica informatizada de Atención Primaria.

Se recogerán en cuestionario de elaboración propia (Anexo 6)

Recogida de datos: Procedimiento.

- A partir del registro informático, se obtiene listado de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca en la zona básica de Barañain. (Código CIAP K77, Insuficiencia cardiaca).

- Por otro lado, se obtiene tras la oportuna autorización, el número CIPNA de los pacientes con código postal de Barañain en cuyo informe de alta hospitalaria figure la insuficiencia cardiaca como diagnóstico principal o secundario. Se recogen datos de los años 2010, 2011 y 2012. Se descarta la búsqueda en años anteriores, al observar que ya el año 2010 apenas aporta pacientes nuevos.

- Serán objeto del estudio todos los pacientes detectados que acepten participar en el mismo y cumplan los requisitos de inclusión.

- Captación mediante llamada telefónica. Explicación del estudio, solicitud de participación.

- Si acepta participar en el estudio, consentimiento informado y citación con enfermera para cumplimentación de cuestionarios. Los cuestionarios son autocumplimentados por lo que se explicará al paciente como rellenarlos y la enfermera solo participará en caso de que necesite ayuda.

En personas dependientes, se realizará el cuestionario conjuntamente con el cuidador principal.

- Posteriormente obtención de datos restantes de la historia clínica informatizada de Atención Primaria.

- Si durante el estudio se detectara en el paciente algún problema que requiera atención, se comunicará a su médico o enfermera.

- Se realizará un pilotaje previo sobre 20 pacientes, con el fin de detectar y subsanar problemas en la recogida de datos o cumplimentación de cuestionarios.

Análisis estadístico:

La descripción de las variables cuantitativas se realizará mediante medias y desviaciones típicas o medianas y rango intercuartílico, según la normalidad y la naturaleza de las variables, y la de las variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes.

Para estimar la proporción de pacientes con niveles adecuados de autocuidado global y para cada ítem, se utilizará la proporción muestral junto con intervalos de confianza al 95%.

Para estudiar la relación entre el nivel de autocuidado y otras características cuantitativas del paciente, incluidas calidad de vida y grado de dependencia funcional, se utilizarán estadísticos de correlación (Spearman, Pearson) y modelos de regresión lineal múltiple, incluyendo variables de ajuste, y para estudiar la relación entre nivel de autocuidado y variables categóricas del paciente, se emplearán técnicas bivariantes (Anova, Kruskal-Wallis) que también se complementarán mediante modelos de regresión lineal múltiple.

Limitaciones:

Debido a que la muestra de pacientes se ha extraído en parte a partir de las altas hospitalarias, puede no ser representativa de toda la población, es probable que estén más representadas las personas con un nivel más avanzado de la enfermedad.

Aspectos éticos:

La participación en el estudio fue voluntaria e informada. (Anexos 4 y 5)

La explicación del proyecto se hizo de forma sencilla, con vocabulario adaptado y comprensible.

A los participantes del estudio se les solicitó consentimiento informado donde se identificaba a los autores del estudio, los objetivos, los compromisos que se adquieren, datos que se iban a solicitar, duración del estudio, cómo se realizaría la recogida de datos, el carácter voluntario de la participación y la posibilidad de dejar de participar de forma libre en cualquier momento.

Se garantiza asimismo de la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

Al finalizar el estudio se informará de los resultados a los profesionales del centro de salud, responsables de la atención de los pacientes.

- El estudio recibió informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica del Departamento de Salud de Navarra. Fue clasificado como Estudio Posautorización con Otros Diseños diferentes al de seguimiento prospectivo por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

4- RESULTADOS.

4.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

○ CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS.

Se localizaron 171 pacientes, de los cuales 16 cumplían criterios de exclusión, 3 habían fallecido, 9 no aceptaron participar en el estudio, 4 no fueron localizados y 6 viven fuera.

La muestra final se compone de 131 personas. La media de edad es de 75.15 años, con predominio de mujeres (53,4%).

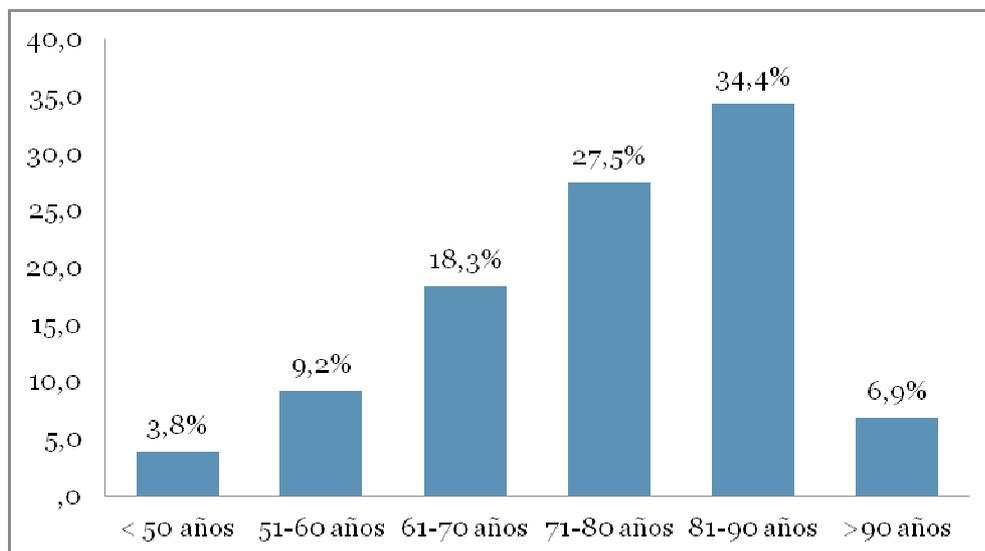
La mayoría (73,3%) viven en familia con pareja y/o hijos, y tienen estudios elementales, (65,6 %).

Las características demográficas se detallan en la tabla 1.

TABLA 1 – CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.

	Media	DE	
EDAD	75,16	12,8	
SEXO		Frecuencia	Porcentaje
	MUJERES	70	53,40%
	VARONES	61	46,60%
CONVIVENCIA			
	VIVE SOLO	20	15,30%
	PAREJA/HIJOS	96	73,30%
	OTRAS	11	8,40%
	COMUNIDAD	4	3,10%
NIVEL EDUCATIVO			
	ANALFABETO	9	6,90%
	ELEMENTAL	86	65,60%
	BACHILLER	26	19,80%
	SUPERIOR	9	6,90%

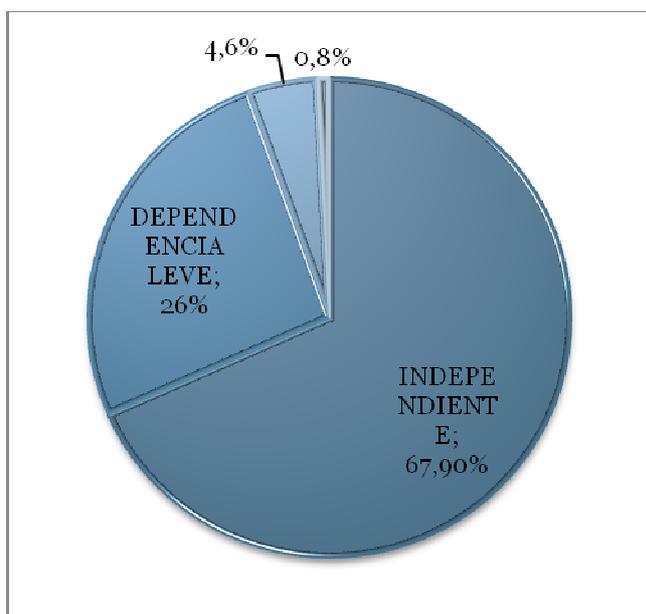
GRAFICO 1- DISTRIBUCION DE EDADES POR DECADAS



Vemos como el porcentaje de pacientes aumenta con la edad, hasta que disminuye a partir de los 90 años. El 68,8% de la muestra es mayor de 70 años.

En cuanto al grado de dependencia, medido con el índice de Barthel, vemos que el 5,4 % de los pacientes tienen una dependencia moderada o grave (4,6% Y 0,8%), mientras que son independientes el 67,9% y dependientes leves el 26%.

DEPENDENCIA- INDICE DE BARTHEL



○ CARACTERISTICAS CLINICAS

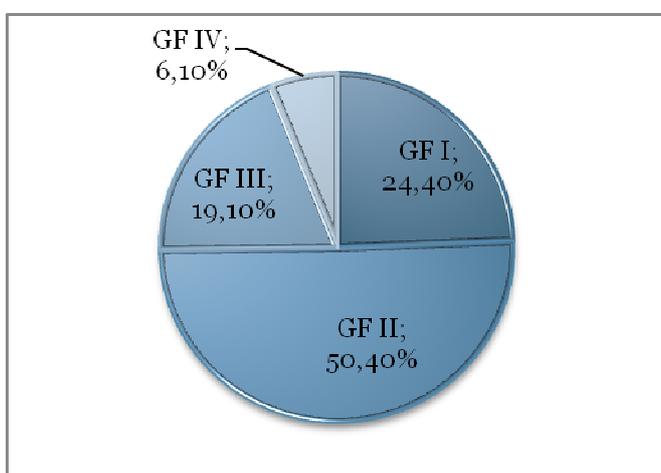
- GRADO FUNCIONAL

La mitad de los pacientes (50,4%), están en un grado funcional II, según la clasificación NYHA.

El 24,4% y el 19,1%, están en grado funcional I y III respectivamente.

El grado funcional IV, asociado a una incapacidad de realizar cualquier actividad sin que aparezcan síntomas, sufriendolos incluso en reposo, está representado por un 6,1% de los pacientes.

GRAFICO 2 – GRADO FUNCIONAL

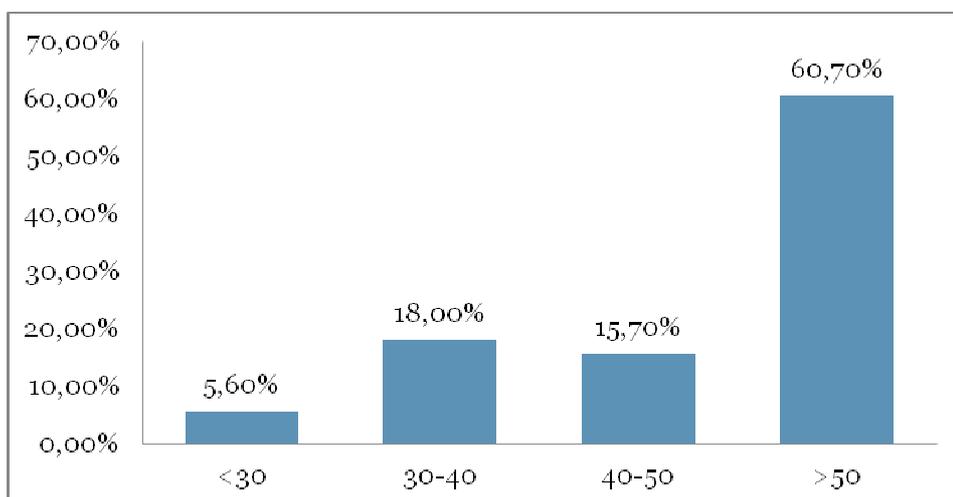


- FRACCION DE EYECCION.

Al 67,9 % de los pacientes se les ha realizado un Ecocardiograma cuyo resultado es conocido en Atención Primaria.

De estos, el 61% tiene una fracción de eyección superior al 50%, y solamente el 5% inferior al 30%.

GRAFICO 3 – FRACCION DE EYECCION

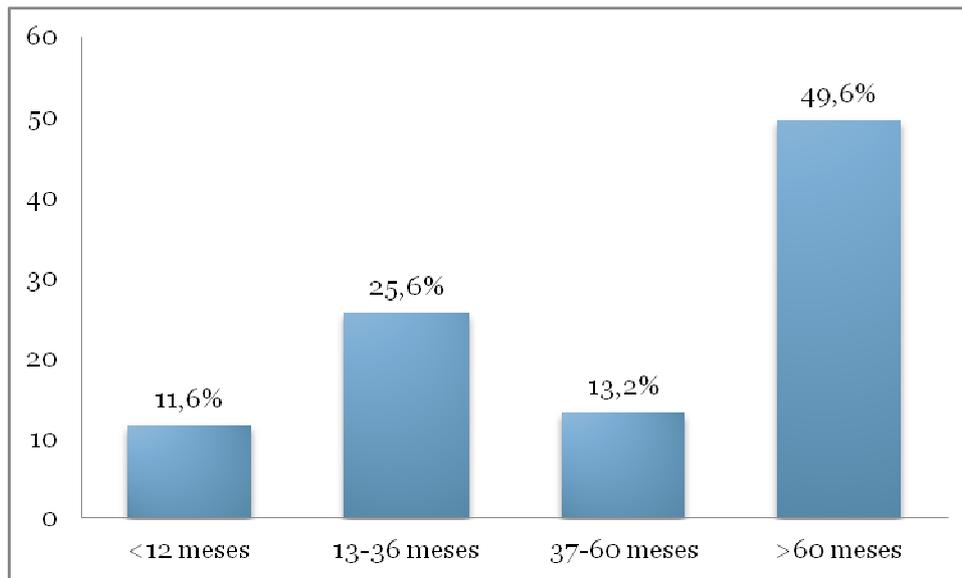


- TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL DIAGNOSTICO.

Casi la mitad de nuestros pacientes, 49,6% han sido diagnosticados de insuficiencia cardiaca hace más de 5 años.

Llama la atención que haya un porcentaje mayor de personas que llevan diagnosticadas entre uno y tres años (25,6%), que el 13,2% que llevan diagnosticadas entre tres y cinco años.

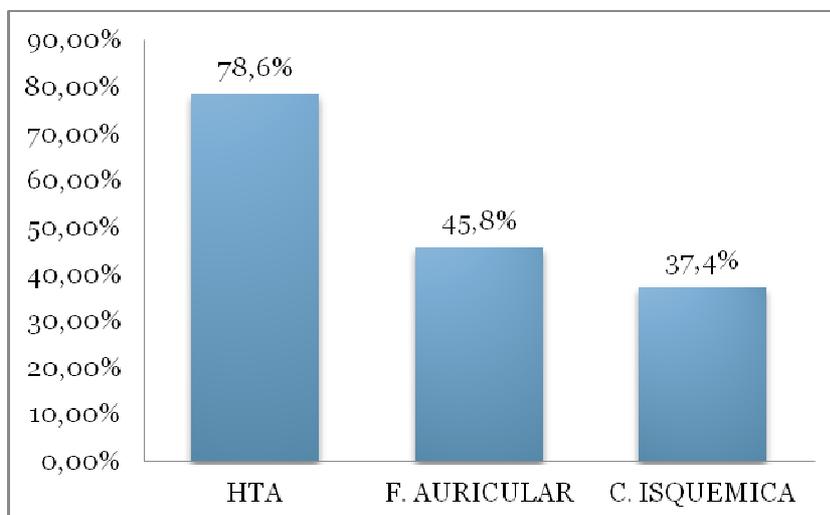
GRAFICO 4 – TIEMPO DE DIAGNOSTICO.



- ANTECEDENTES

El 78,6 % de los pacientes tienen HTA. La fibrilación auricular y la cardiopatía isquémica están presentes en el 45,8 % y el 37,4 % de los pacientes respectivamente.

GRAFICO 5 - ANTECEDENTES.



- COMORBILIDAD

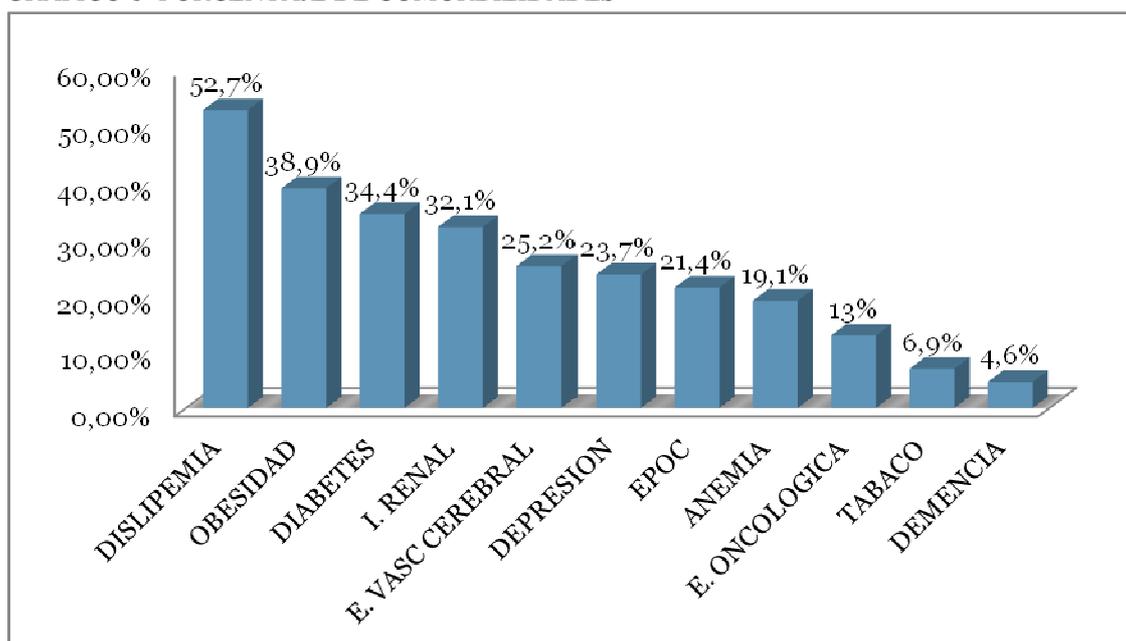
La frecuencia de otras patologías o factores de riesgo puede verse en la tabla 3.

La dislipemia está presente en más de la mitad de las personas de la muestra (52,70%).

La obesidad, diabetes e insuficiencia renal aparecen en más de un tercio de los pacientes: 38,9 %, 34,4 % y 32,1%, respectivamente.

Enfermedad vascular cerebral, depresión y EPOC, tienen una prevalencia superior al 20 %
Casi el 7% de los pacientes continúan fumando.

GRAFICO 6- PORCENTAJE DE COMORBILIDADES



En cuanto a la presencia de varias patologías o factores de riesgo en una misma persona, los resultados indican que solamente el 3,1% de nuestros pacientes con insuficiencia cardíaca no tienen ninguna otra patología o factor de riesgo. Suman el 10% los que presentan una o ninguna comorbilidad.

Como se aprecia en la tabla de la siguiente página, lo más habitual es la concurrencia de varias patologías.

Casi el 20% de los pacientes (19,9%), tiene 6 o más comorbilidades.

Cerca del 70% (68%), presenta 4 o más comorbilidades asociadas a la insuficiencia cardíaca.

La media de comorbilidad de la muestra es de 3,17.

GRAFICO 7-NUMERO DE COMORBILIDADES POR PACIENTE



○ **TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.**

Se han registrado únicamente los fármacos implicados directamente en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca y enfermedades cardiovasculares asociadas.

La lista completa de fármacos y la frecuencia con que se prescriben, puede verse en la tabla 2.

Se puede comprobar que los fármacos más prescritos son los diuréticos de asa, indicados a un 65,6% de los pacientes. En total, el 75,6 % de los pacientes reciben diuréticos, siendo idéntico el uso de tiazidas y de bloqueantes de la aldosterona, en ambos casos 22 pacientes, el 16% de la población estudiada.

Le siguen en frecuencia los betabloqueantes, que lo recibían el 58,8% de la población estudiada.

El 43,5 % de los pacientes está en tratamiento con IECAs y el 29% con ARA II. La suma de ambos porcentajes (72,5 %). Hay que reseñar que un 1,5% de los pacientes estaban tomando IECAs y ARA2. (Tabla 3)

El 95,4 % de los pacientes toman dicumarínicos o antiagregantes; 51,9 % y 43,55 respectivamente.

TABLA 2 – TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

	Frecuencia	Porcentaje
DIURETICOS ASA	86	65,6%
BETA BLOQUEANTES	77	58,8%
ANTICOAGULACION	68	51,9%
ESTATINAS	66	50,4%
ANTIAGREGANTES	57	43,5%
IECAS	57	43,5%
ARA II	38	29%
VASODILADORES CORONARIOS	29	22,1%
DIGITAL	28	21,4%
CALCIOANTAGONISTAS	27	20,6%
BLOQUEANTES ALDOSTERONA	22	16,8%
THIAZIDAS	22	16,8%
ANTARRITMICOS	5	3,8%

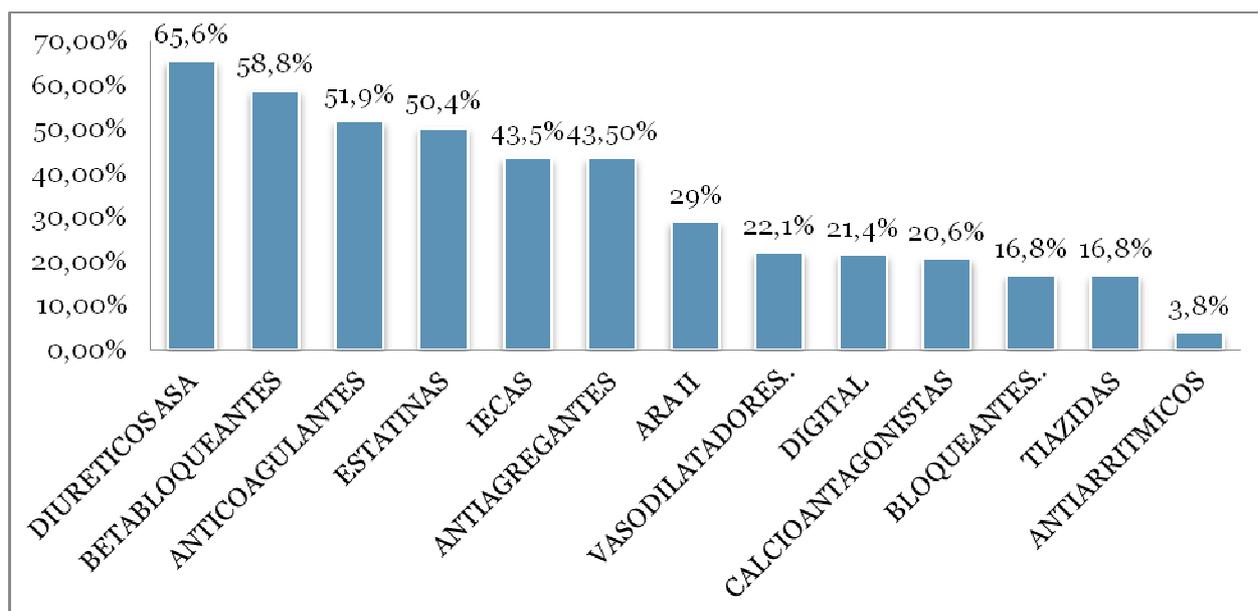


TABLA 3

	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes tratados con ieca o ara II	93	71%
Tratados con ieca/ara II y betabloqueantes	59	45%
Tratados con diuréticos	130	99,2%

4.2 RESULTADOS CON LA ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO (EHFS_cBS)

○ RESULTADOS GLOBALES

En la tabla 4 vemos la puntuación media obtenida por los pacientes en la Escala Europea de Autocuidado en insuficiencia cardiaca (EHFS_sBS).

El rango de puntuaciones va de 12 a 60. Siendo 12 la cifra que indica el mejor nivel de autocuidado.

La puntuación media global es de 29,4 puntos, los varones obtienen una puntuación algo más baja, lo que indicaría un mejor autocuidado, con 28,49 frente al 30,18 de las mujeres; sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa.

TABLA 6- PUNTUACION ESCALA AUTOCUIDADO.

	SEXO	N	Media	Desviación típica
Autocuidado	M	69	30,18	8,07
	V	59	28,49	8,89
GLOBAL		128	29,41	8,47

	Media	DE
1. Me peso cada día	3,56	1,29
2. Si siento ahogo (disnea), me paro y descanso	2,26	1,6
3. Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi doctor o enfermera	2,43	1,6
4. Si mis pies /piernas comienzan a hincharse más de lo habitual contacto con mi doctor o enfermera	2,8	1,6
5. Si aumento 2kg en una semana, contacto con mi doctor o enfermera	3,35	1,7
6. Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 1,5-2l)	3,18	1,7
7. Reposo un rato durante el día	1,62	1,1
8. Si experimento aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi doctor o enfermera	2,41	1,6
9. Realizo una dieta baja en sal	2,15	1,4
10. Tomo toda la medicación como me han indicado	1,13	0,6
11. Me vacuno contra la gripe todos los años	1,86	1,5
12. Hago ejercicio regularmente	2,85	1,5
Puntuación global	29,41	8,4

Dado que la puntuación más baja indica un mejor autocuidado, se observa que la adherencia correcta a la medicación es la conducta de autocuidado más seguida por nuestros pacientes, con una puntuación media de 1,13 en el ítem correspondiente.

Le siguen las puntuaciones referentes a la vacunación antigripal y el reposo diario, con medias de 1,86 y 1,62 respectivamente.

La actuación correcta frente a síntomas de disnea o fatiga registra unas medias de 2,26; 2,41 y 2,43.

En el otro extremo tenemos las medidas de autocuidado relativas al control del peso, son las que indican un menor grado de seguimiento con unas puntuaciones medias de 3,53 y 3,35

Si analizamos el número de personas que ha elegido cada una de las cinco opciones posibles de la encuesta, que van de 1: siempre a 5: nunca, los resultados que obtenemos son los reflejados en la tabla 7 y gráfico 8

Vemos que hay una gran variabilidad en el perfil de respuestas.

En el gráfico llama la atención el elevado número de respuestas “siempre” a los ítems 10, 11 y 7. Tomo la medicación como me han indicado (94,7%), me vacuno de la gripe todos los años (74,8%), y reposo un rato durante el día (72,5%).

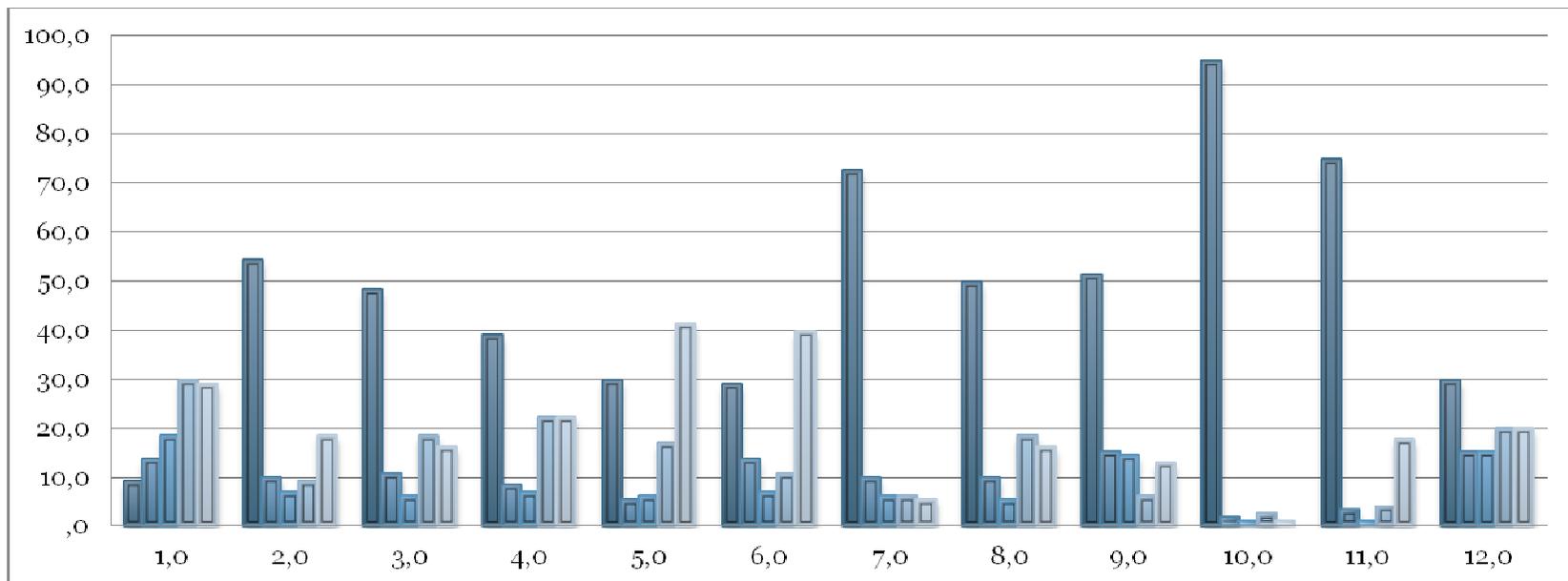
Le siguen el porcentaje de personas que siempre se paran al sentir disnea (54,2%), realizan dieta baja en sal (51,1%) y consultan por fatiga o cansancio (49,6%).

El menor porcentaje de respuestas siempre es para: me peso cada día, solo el 9,2% de los pacientes dice hacerlo.

TABLA 7-DISTRIBUCION DE LAS OPCIONES ELEGIDAS EN CADA PREGUNTA DE LA ENCUESTA DE AUTOCUIDADO.

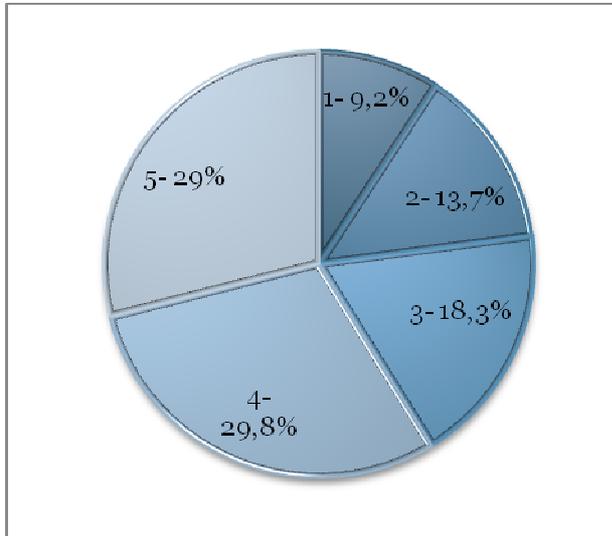
ITEM	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
Opción	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	12	9,2	71	54,2	63	48,1	51	38,9	39	29,8	38	29	95	72,5	65	49,6	67	51,1	124	94,7	98	74,8	39	29,8
2	18	13,7	13	9,9	14	10,7	11	8,4	7	5,3	18	13,7	13	9,9	13	9,9	20	15,3	2	1,5	4	3,1	20	15,3
3	24	18,3	9	6,9	8	6,1	9	6,9	8	6,1	9	6,9	8	6,1	7	5,3	19	14,5	1	0,8	1	0,8	20	15,3
4	39	29,8	12	9,2	24	18,3	29	22,1	22	16,8	14	10,7	8	6,1	24	18,3	8	6,1	3	2,3	5	3,8	26	19,8
5	38	29	24	18,3	21	16	29	22,1	54	41,2	52	39,7	7	5,3	21	16	17	13	1	0,8	23	17,6	26	19,8

GRAFICO 8



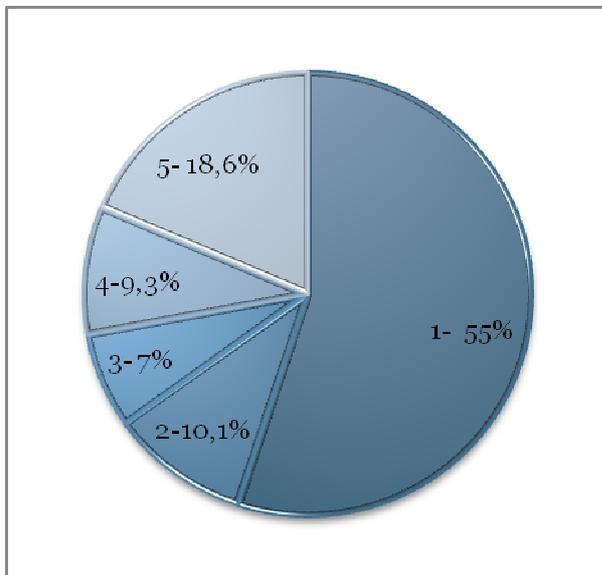
○ RESULTADOS POR ITEM.

1-Me peso cada día, vemos que más de la mitad de los encuestados, 58,8%, han dicho no pesarse nunca o casi nunca.



Punt.	Frecuencia	Porcentaje
1	12	9,1
2	18	13,7
3	24	18,3
4	39	29,7
5	38	29
Total	131	100

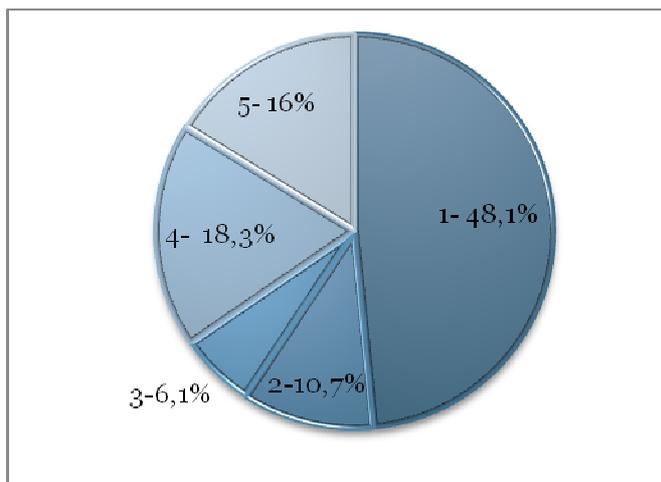
2-Si siento ahogo, me paro y descanso. Más de la mitad lo hacen siempre, el 64% siempre o casi siempre. Un 27,3% no lo hace nunca o casi nunca.



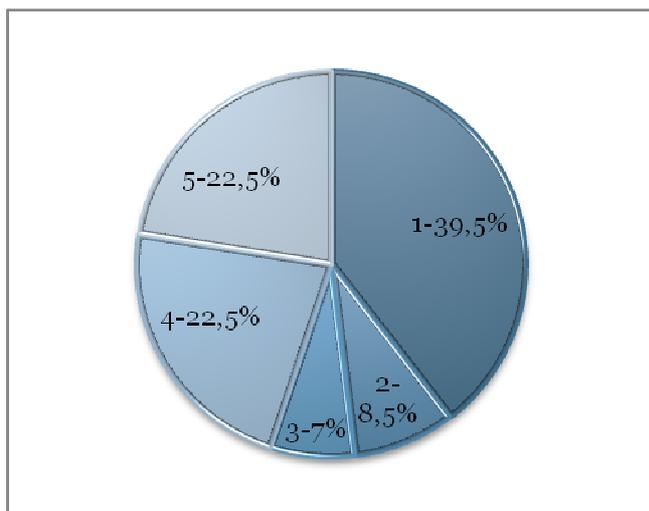
Punt.	Frecuencia	Porcentaje
1	71	55,0
2	13	10,1
3	9	7,0
4	12	9,3
5	24	18,6
Total	129	100,0

3. Si mi dificultad respiratoria aumenta, contacto con mi doctor o enfermera.

La mitad de los pacientes dice que contacta siempre, 48,1%, pero casi el mismo porcentaje, 44,3%, refiere no contactar nunca o casi nunca a pesar del empeoramiento de los síntomas.

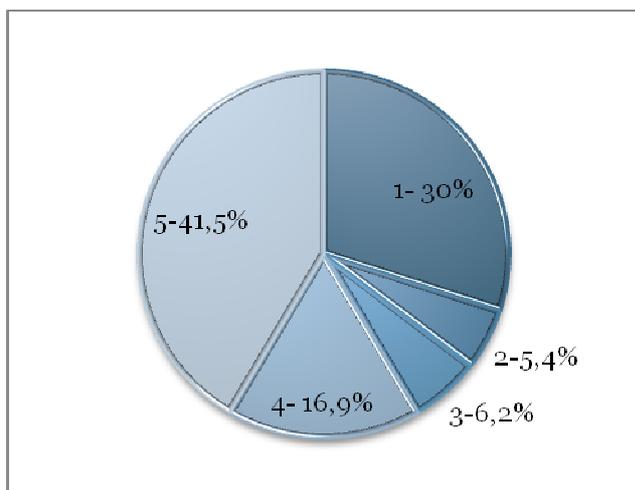


4. Si mis pies comienzan a hincharse contacto con mi doctor o enfermera. Aquí, el número de los que consultan siempre es menor que en el ítem anterior 38,9%, y casi una cuarta parte no consulta nunca por este síntoma (22,1%).



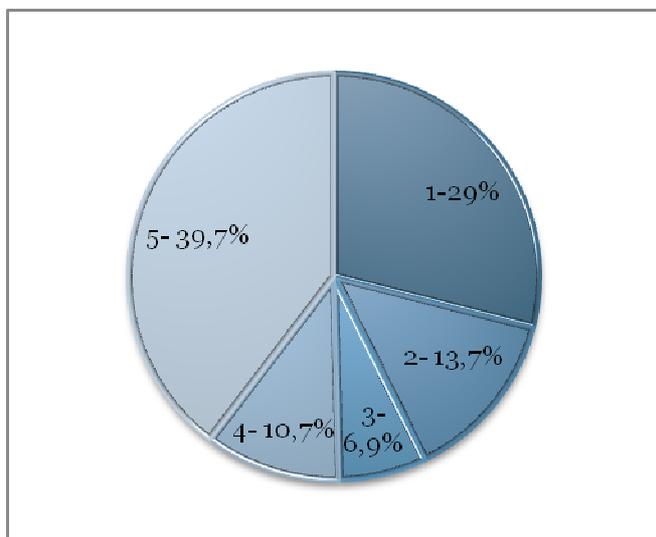
Punt.	Frecuencia	Porcentaje
1	51	39,5
2	11	8,5
3	9	6,9
4	29	22,4
5	29	22,4
Total	129	100

5. Si aumento 2kg en una semana, contacto con mi doctor o enfermera. El 41,2 % afirma que no consulta nunca por este motivo, y casi nunca lo hace el 16,8 %. Eso significa que casi el 60% no suele consultar por aumento rápido de peso. Por el contrario, el 29,8% consulta siempre.



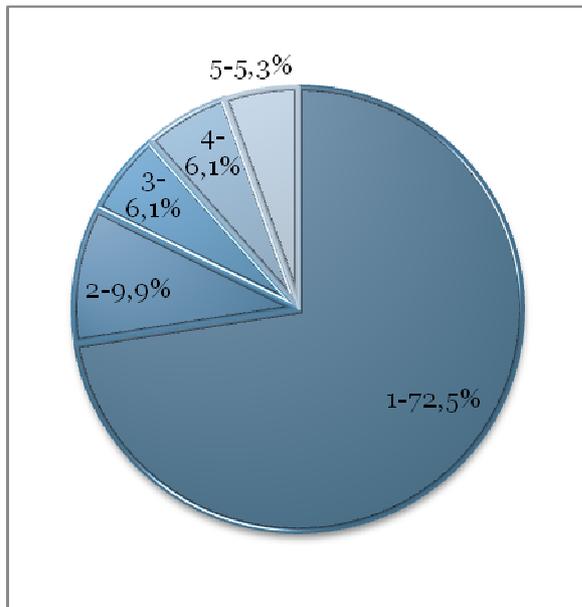
Punt.	Frecuencia	Porcentaje
1	39	30
2	7	5,3
3	8	6,1
4	22	16,9
5	54	41,5
Total	130	100

6-Limito la cantidad de líquidos que bebo. Lo hacen siempre el 29%; a veces el 20,5% y nunca o casi nunca el 40,4%



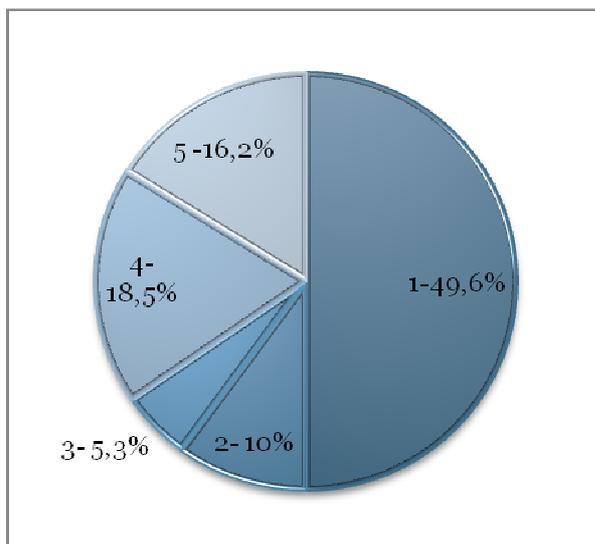
Punt.	Frecuencia	Porcentaje
1	38	29,0
2	18	13,7
3	9	6,9
4	14	10,7
5	52	39,7
Total	131	100,0

7-Reposo un rato durante el día. El 72,5% dice hacerlo siempre, solamente el 11,4 % refiere no hacerlo nunca o casi nunca.



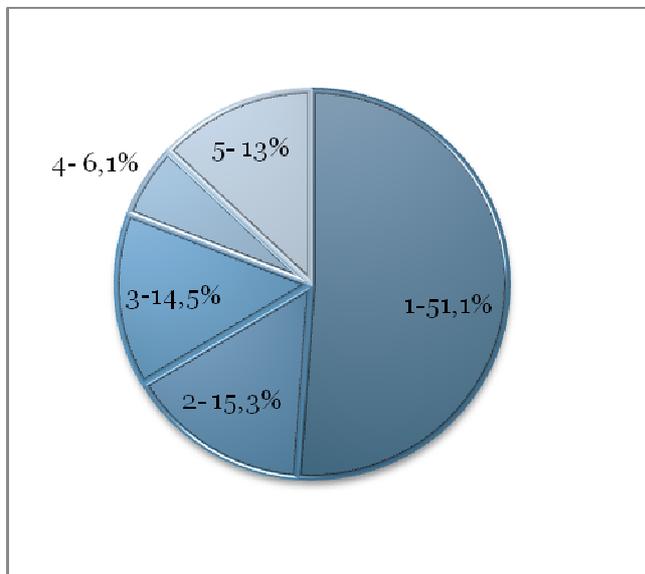
Punt.	Frecuencia	Porcentaje
1	95	72,5
2	13	9,9
3	8	6,1
4	8	6,1
5	7	5,3
Total	131	100

8 -Si experimento aumento de fatiga, contacto con mi doctor o enfermera. Prácticamente la mitad no consulta nunca por este síntoma (49,6%). El porcentaje asciende al 59,5% si tenemos en cuenta los que no consultan nunca o casi nunca, es decir suponen casi el 60%del total.



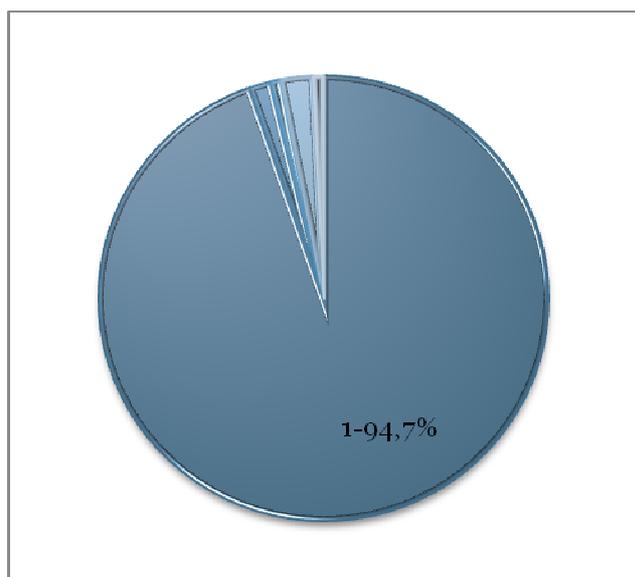
Punt.	Frecuencia	Porcentaje
1	65	50
2	13	10
3	7	5,3
4	24	18,5
5	21	16,2
Total	130	100

9. Realizo una dieta baja en sal. La mitad de los encuestados dicen hacerla siempre, casi siempre el 15,3%. Es decir que el 66,4% restringen habitualmente el consumo de sal. Son el 13% los que dicen que nunca hacen una dieta baja en sal.



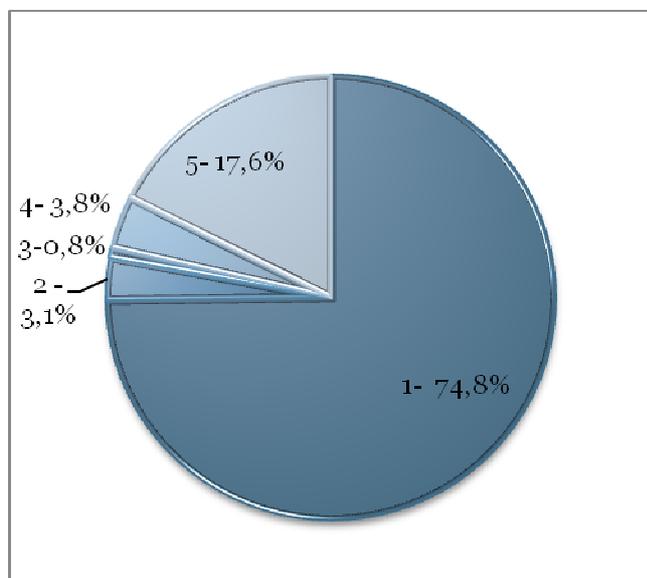
Punt.	Frecuencia	Porcentaje
1	67	51,1
2	20	15,2
3	19	14,5
4	8	6,1
5	17	12,9

10- Tomo toda la medicación como me han indicado casi la totalidad de los pacientes: 94,7 %, dice tomar la medicación correctamente. Solamente 7 personas dicen que no toman siempre la medicación prescrita.



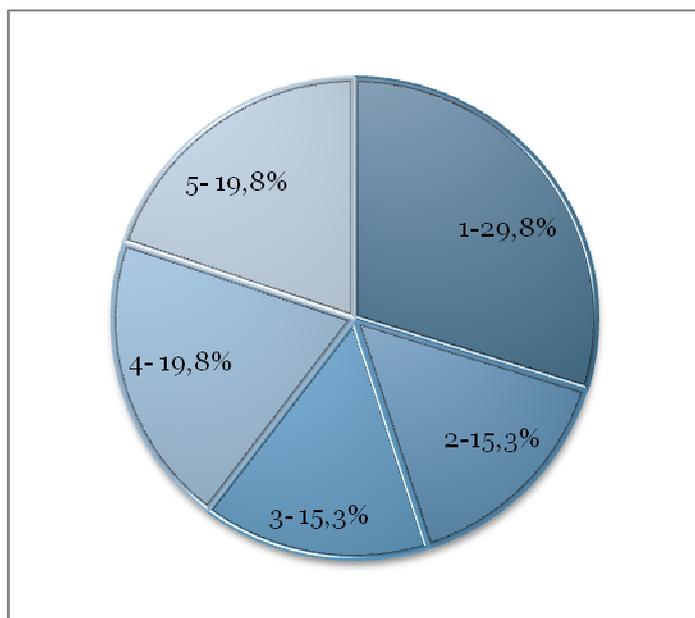
Punt.	Frecuencia	Porcentaje
1	124	94,6
2	2	1,5
3	1	0,7
4	3	2,2
5	1	0,7
Total	131	100

11. Me vacuno contra la gripe todos los años. La mayoría de los pacientes se vacuna anualmente, 74,8%. Hay un 17,6% que no se vacuna nunca, y un porcentaje del 7,7% que se vacuna algunos años solamente.



Punt.	Frecuencia	Porcentaje
1	98	74,8
2	4	3
3	1	0,7
4	5	3,8
5	23	17,5
Total	131	100

12. Hago ejercicio regularmente. El 45,1 % hace ejercicio siempre o casi siempre de manera regular. Eso supone que más de la mitad de la muestra es irregular haciendo ejercicio, 35,1%, o nunca lo hace 19,8%.



Punt.	Frecuencia	Porcentaje
1	39	29,7
2	20	15,2
3	20	15,2
4	26	19,8
5	26	19,8
Total	131	100

○ RELACION ENTRE AUTOCUIDADO Y OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS.

No hemos hallado correlación entre las puntuaciones globales obtenidas en la escala de autocuidado y el sexo, tiempo desde el diagnóstico, grado funcional, nivel educativo o grado de dependencia.

Hemos hallado correlación negativa entre el nivel de autocuidado y la edad.

A mayor edad, menor puntuación en la escala de autocuidado, es decir, mejor autocuidado.

		EDAD	TIEMPODESDEDX
Autocuidado total	Correlación de Pearson	-,317**	-,078
	Sig. (bilateral)	,000	,388
	N	128	126

Como se refleja en el cuadro adjunto, las personas en grado funcional II y III, puntúan mejor en la escala de autocuidado.

Obtienen peores puntuaciones las personas con mejor y peor grado funcional.

Estas diferencias, como ya hemos señalado, no son estadísticamente significativas

GRADO NYHA	N	puntuación autocuidado
1	31	32,19
2	64	28,42
3	25	28,04
4	8	30,75

Respecto a la relación entre el grado de autocuidado y el nivel de dependencia medido con la escala de Barthel, si comparamos la puntuación obtenida por personas independientes y la obtenida por personas con algún grado de dependencia vemos que aunque no hay diferencias significativas entre la puntuación de ambos grupos, parece haber cierta tendencia que indica que las personas dependientes reciben mejores cuidados de los que se proporcionan los que son independientes

Índice Barthel	N	Media	Desviación típ.
independientes	87	30,15	8,312
dependientes	40	27,38	8,301

○ RESULTADOS CALIDAD DE VIDA. (MLHFQ).

Las puntuaciones obtenidas en el Minnesota Living Heart Failure Questionnaire, de calidad de vida pueden verse en el cuadro inferior.

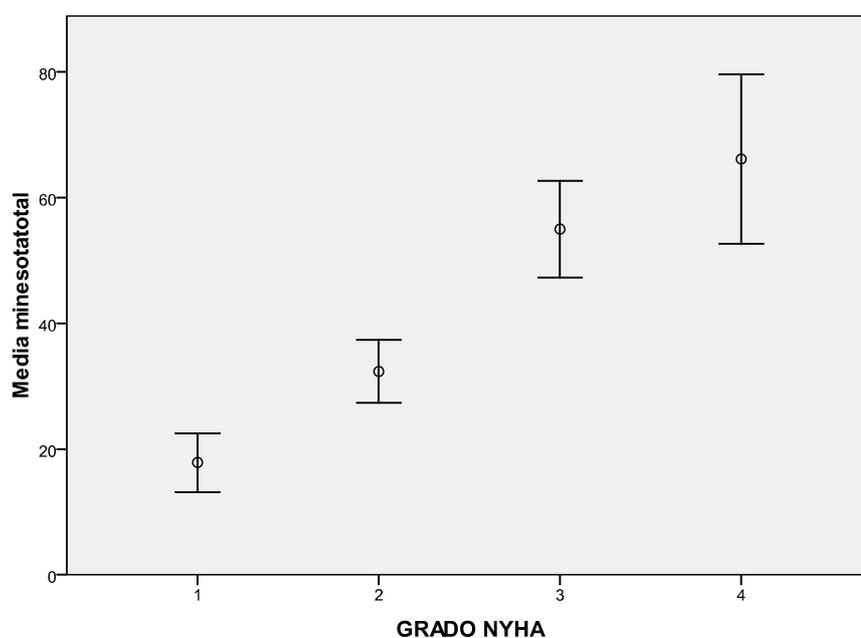
TABLA 8- PUNTUACION TEST MINNESOTA CALIDAD DE VIDA.

	Media	DE
1. Le ha provocado hinchazón de tobillos, piernas.	2,06	1,9
2. Le ha obligado a sentarse o tumbarse durante el día.	2,18	1,8
3 Le ha costado caminar o subir escaleras.	2,81	1,8
4. Le ha costado hacer el trabajo de la casa o el jardín.	2,12	1,8
5. Le ha sido difícil ir a sitios alejados de su casa.	2,68	1,9
6. Le ha costado dormir por la noche.	1,73	1,7
7. Le ha costado relacionarse o hacer cosas con su familia o amigos.	1,1	1,5
8. Le ha sido difícil ejercer su profesión.	0,79	1,4
9. Le ha costado realizar sus pasatiempos, deportes o aficiones.	1,39	1,8
10. Le ha dificultado su actividad sexual.	0,71	1,5
11. Le ha obligado a comer menos de las cosas que le gustan.	2,04	1,8
12. Le ha provocado que le falte el aire para respirar.	2,09	1,8
13. Le ha hecho sentirse cansado, fatigado o con poca energía.	2,72	1,9
14. Le ha obligado a permanecer ingresado en el hospital.	1,68	1,9
15. Le ha ocasionado gastos adicionales por su enfermedad.	1,05	1,5
16. Los medicamentos le han causado algún efecto secundario.	1,12	1,5
17. Le ha hecho sentirse una carga para su familia o amigos.	0,87	1,4
18. Le ha hecho sentir que perdía el control sobre su vida.	1,02	1,5
19. Le ha hecho sentirse preocupado.	1,94	1,8
20. Le ha costado concentrarse o acordarse de las cosas.	1,54	1,6
21. Le ha hecho sentirse deprimido.	1,56	1,7
Puntuación global	34,76	22,5

Hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre el grado funcional y el nivel de calidad de vida.

La calidad de vida es peor a mayor grado funcional, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa entre los niveles funcionales III y IV.

Comparaciones múltiples							
HSD de Tukey							
Variable dependiente	(I) GRADO NYHA	(J) GRADO NYHA	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Minnesota total.	1	2	-14,475*	3,811	,001	-24,41	-4,54
		3	-37,125*	4,759	,000	-49,53	-24,72
		4	-48,268*	7,265	,000	-67,20	-29,34
	2	1	14,475*	3,811	,001	4,54	24,41
		3	-22,650*	4,270	,000	-33,78	-11,52
		4	-33,793*	6,954	,000	-51,91	-15,67
	3	1	37,125*	4,759	,000	24,72	49,53
		2	22,650*	4,270	,000	11,52	33,78
		4	-11,143	7,515	,451	-30,73	8,44
	4	1	48,268*	7,265	,000	29,34	67,20
		2	33,793*	6,954	,000	15,67	51,91
		3	11,143	7,515	,451	-8,44	30,73



Barras de error: 95% IC

5- DISCUSION.

5-1 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.

Como se explica en el apartado de metodología, la muestra está compuesta por la totalidad de los pacientes codificados como insuficiencia cardiaca según la codificación CIAP.

Para la población de Barañain, estimando una prevalencia del 2% (5), el número de personas con insuficiencia cardiaca debiera rondar los 250; sin embargo solo tenemos registrados 177 pacientes con este diagnostico. Creemos que no es tanto un problema de infra diagnóstico, que también puede existir, pero sabemos que una parte importante de los pacientes con insuficiencia cardiaca que atendemos están codificados bajo enunciados como valvulopatías, cardiopatía isquémica, disnea, etc.

Descripción de la población.

Sexo, en nuestro estudio el 53,4 % fueron mujeres, cerca del 60% que halló Velazquez (18), y del 59% de Galindo y cols, que estudiaron la insuficiencia cardiaca en Lleida en 2011. Ambos realizados en Atención Primaria.

Difiere de las proporciones encontradas en los estudios realizados en hospitales o unidades especializadas en insuficiencia cardiaca, (8), (10), en los que predominan los varones 70%, 73% entre los pacientes atendidos.

Edad, la media fue de 75,1 años. De nuevo similar a la hallada por Velazquez en Zaragoza que fue de 75,8 o Pulignano (34), con una media de 77 años. De 3 a 9 años superior a la registrada en otros estudios realizados en unidades de insuficiencia cardiaca (11), (25), (33).

Este es un dato importante por lo que puede influir en el resto de datos obtenidos.

Nivel educativo, al igual que Velazquez (18), encontramos un número significativo de personas analfabetas o sin estudios, y la gran mayoría cursaron estudios elementales (2,18, 22). Los estudios no recogen habitualmente este dato, a pesar de que sabemos que las personas con nivel educativo alto presentan mejor nivel de autocuidado (25).

Dependencia: Es una variable que se recoge en pocos estudios, a pesar de la trascendencia que la incapacidad para el autocuidado puede tener en estos pacientes. No hemos encontrado datos para la comparación, quizás porque las personas dependientes habitualmente se excluyen de los estudios.

5.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

Grado funcional.

Incluimos pacientes en cualquier grado funcional, por fuerza la población será diferente de la de aquellos estudios que excluyen pacientes por este criterio. Los porcentajes son similares a los de Kato (44), pero con una mayor presencia de pacientes en grado funcional I (24,4%), a los de otros estudios. (18), (25), (33). Lo atribuyo al ámbito de estudio, Atención Primaria y a la captación realizada, al incluir a todos los pacientes atendidos en el centro de salud. Me parece correcto hacerlo así ya que nuestro objetivo es conocer la situación real de todos nuestros pacientes, puesto que debemos atender a todos con la mayor calidad posible.

Fracción de eyección.

Conocemos la fracción de eyección del 67,5% de los pacientes, superior al de otros estudios realizados en Atención Primaria en España (16, 18).

En cuanto a la distribución de los pacientes por grado funcional encontramos que en nuestro caso predominan las personas sin disfunción sistólica (60,7%), de nuevo los porcentajes son muy similares a Velazquez, diferenciándose de trabajos llevados a cabo en Atención Especializada, donde hay más pacientes con disfunción sistólica y fracción de eyección < 30% (8, 16,44).

Antecedentes y comorbilidad.

La hipertensión arterial es el factor de riesgo más prevalente en la mayoría de los estudios, en nuestro caso un 78,6 %. En el estudio EPISERVE se observo una prevalencia del 81% en medicina interna y atención primaria frente a un 65% en cardiología.

Se observa una mayor prevalencia de cardiopatía isquémica en los pacientes estudiados en unidades de insuficiencia cardiaca, llegando al 50% (10), frente al 37,4 en nuestro caso.

La diabetes afecta al 34,4% de nuestros pacientes, un porcentaje similar al encontrado en otros trabajos: 31,7% de Velazquez en Zaragoza (18), 34,9 % de González (25) o 38% en estudio EPISERVE.

Dislipemia, aparece el un 52,7% de las personas en nuestro trabajo, frente a un 60% y 48,3% en otros estudios (5), (18).

La presencia de fibrilación auricular fue de 45,8 %, similar al 46%, hallado en estudio EPISERVE.

Podemos concluir que nuestra población no difiere en cuanto a la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular de las estudiadas en otros trabajos.

Como era de esperar, muy superior a la prevalencia de los mismos en la población general donde según el estudio RIVANA (45), la prevalencia de hipertensión, dislipemia e hiperglucemia fue de 45,3%, 39%, respectivamente

Destacamos la presencia en nuestro trabajo, de un 4,6% de pacientes con diagnóstico de demencia. Muchos estudios excluyen a estos pacientes, nosotros hemos considerado pertinente incluirlos, porque forman parte de los pacientes reales que atendemos diariamente. Cameron (22), que si recoge este dato, presenta porcentajes más elevados, pero incluye también pacientes con deterioro cognitivo leve.

La comorbilidad es lo habitual en las personas con insuficiencia cardíaca, el 18% más de 4 comorbilidades (22), en nuestro caso el 58,1% tienen más de 4 comorbilidades.

En un trabajo en Atención primaria en León (16), se describe cómo el 88% de los participantes tienen al menos una enfermedad crónica aparte de la insuficiencia cardíaca, en nuestro caso, el 96,9 %. Son cifras muy elevadas explicadas por la media de edad de los pacientes y por que la muestra responde a la totalidad de los pacientes, sin apenas exclusiones.

5-3 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Tratados con IECAs o Ara II el 72,5% de las personas del estudio, cifra similar o ligeramente superior a las de Kato (44) y Naveiro (14): 62,1% y 69,6% respectivamente; pero inferior a las halladas por Cameron (22) y Peters-Klimm (33), que fueron del 83% y 95,9 %.

En el caso de los betabloqueantes hallamos un 58,8% en comparación a 49,1%, 38,7%, 79% y 77,4 % recogidos por los autores del apartado anterior.

Lupón (8), en su trabajo con pacientes en una unidad de insuficiencia cardíaca refiere unos porcentajes de 90,1 % para IECAs o Ara II y de 84% en el caso de los betabloqueantes. Mientras que el 88,1 % y el 32% tomaban diuréticos de asa o espironolactona, respectivamente

Estaban tratados con diuréticos de asa el 75,6 % de nuestros pacientes, frente a 62,9%, 83,4 %, 97% y 89,3 % de los otros autores.

El porcentaje de pacientes tratados con diuréticos es mayor en los trabajos realizados en pacientes hospitalizados o en unidades de insuficiencia cardíaca, y excepto en el estudio de Lupón, los pacientes tratados con espironolactona son bastante similares, variando más el número de los tratados con diuréticos de asa.

Estas diferencias pueden atribuirse a las diferencias clínicas en las poblaciones estudiadas, más acusada en el caso de la comparación con pacientes de atención especializada, pero también a diferencias en el grado de seguimiento de los médicos que tratan a los pacientes de las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

5-4 CALIDAD DE VIDA.

A continuación se exponen en la TABLA 9, los resultados de la aplicación del test Minnesota Living with Heart Failure en este y otros estudios.

Las opciones de respuesta van de 0 a 5, siendo 0 calidad de vida no afectada y 5 máxima afectación debida a la insuficiencia cardiaca, de manera que una mayor puntuación indica peor calidad de vida. Los rangos de puntuación son de 0-105 para la totalidad del test, 0-40 para la dimensión física y 0-25 para la dimensión emocional.

Las limitaciones debidas a la insuficiencia cardiaca, afectan de manera más o menos intensa a la calidad de vida de las personas, esta es una de las principales variables de resultado que buscamos cuando nos planteamos mejorar la atención que prestamos a nuestros pacientes.

TABLA 9- COMPARATIVA TEST MINNESOTA CALIDAD DE VIDA.

Estudio	Ámbito	n	Edad media (DE)	Genero mujeres	NYHA (grados III y IV)	Resultado test Minnesota. (MLHFQ)		
						Puntuación total	Dimensión física	Dimensión emocional
Naveiro (2011)	Atención Primaria.	544	77,6 (9,9)	50,70%	31,20%	31,7 (21,3)	14,8 (10,5)	5,9 (5,3)
Soriano (2009)	Hospitalización.	883	69,2 (12,1)	40,10%	83,10%	37,5 (21,3)	16,7 (10,3)	8,4 (6,1)
Velazquez (2008)	Atención Primaria.	124	75,8 (10)	60,40%	48,30%	29,3 (15,4)	15,5 (8,5)	7,2 (5,6)
Arizaleta (2013)	Atención Primaria	133	75,1 (12,8)	53,40%	25,20%	34,6 (22,5)	17,3 (11,6)	6,8 (6,1)

La relación entre grado funcional y calidad de vida ha sido establecida en varios estudios (12, 14,18), y ya fue descrita por los creadores del cuestionario.

Destaca que nuestros pacientes tienen peor calidad de vida que los demás estudios realizados en Atención Primaria a pesar de nuestra proporción de pacientes en grado funcional III-IV es menor. Esta peor calidad de vida se aprecia en la puntuación física, sin embargo los pacientes de Velazquez, obtienen peor puntuación en la dimensión emocional. Como era de esperar la calidad de vida es peor en enfermos ingresados del estudio de Soriano.

Un estudio realizado en Navarra en el año 2007(46), en enfermos hospitalizados, recogió una puntuación media de 34,3, similar a la de nuestro trabajo, a pesar de que incluía únicamente pacientes en grado funcional III y IV.

Naveiro (14), que validó el cuestionario en Atención Primaria, halló que el grado funcional, junto con la hospitalización en el año previo, eran las variables con mayor impacto en la calidad de vida. Otros determinantes fueron la edad, ser mujer y la obesidad. Y señala que las personas con estas características son excluidas de la mayoría de las investigaciones, lo que hace a nuestro parecer importante realizar estudios como el actual que recojan la experiencia de los pacientes reales de la Atención Primaria.

5-5 AUTOCUIDADO.

Medido con la Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca, (EHFScBS).

Cuestionario autoadministrado, en general de fácil comprensión para los pacientes, que pueden cumplimentarlo por sí mismos tras una breve explicación.

Algunos pacientes por sus características (nivel de instrucción, dependencia...), precisaron de ayuda para su realización, y en otras fue el cuidador quien lo cumplimentó.

El rango de puntuaciones va de 12 que indica el mejor autocuidado a 60, el peor autocuidado. No hay un punto de corte que separe el autocuidado correcto del que no lo es.

Si una persona responde “siempre” o “casi siempre” en todos los ítems, obtendría como máximo 24 puntos. Un trabajo sobre seguimiento telefónico a pacientes con insuficiencia cardíaca (39), consideró una puntuación de 22 o menor, como criterio para el alta del servicio a sus pacientes. González (10) califica la puntuación de 24,4 obtenida en su estudio como un grado de autocuidado moderado.

Jaarsma (19), en un meta análisis que evalúa el autocuidado en 15 países, define como bajo autocuidado la elección de las opciones 3,4 y 5 de la escala.

Con estos criterios definimos la puntuación media de autocuidado de nuestros pacientes como correspondiente a un bajo nivel de autocuidado.

La puntuación indica peor autocuidado que la del resto de trabajos, excepto en el caso del realizado por Velazquez en Atención Primaria de Zaragoza. Consideramos que esta última población reúne unas características similares a las de nuestra muestra.

El trabajo de Peters- Klim también fue realizado en pacientes ambulatorios, con una media de edad de 69 años, considerablemente más baja que en nuestro caso, con una media de 75 años. Este autor estudiando los determinantes del autocuidado describe que

en personas con insuficiencia cardiaca estable la buena adherencia al autocuidado se asocia con mayor edad, tener formación en insuficiencia cardiaca y consultas de revisión por especialista.

Nosotros hallamos que a mayor edad el autocuidado es mejor, lo que concuerda con trabajos de Lupón (8), Cameron (22) y, Riegel (35); al contrario de Pulignano (35), que halló peor autocuidado en personas de mayor edad.

Las mujeres obtuvieron mejor puntuación en nuestro caso, aunque fue una diferencia no significativa; sin embargo edad avanzada y ser mujer se relacionan con peor autocuidado, en otro estudio (35)

TABLA 10-COMPARATIVA PUNTUACIONES EN ESCALA AUTOCUIDADO.

	Jaarsma 2003	González 2006	Peters- Klimm	Pulignano 2010	Kato 2008	Lupón 2008	Velazquez 2008	Estudio actual
	Media (De)	Media (De)	Media (De)	Media (De)	Media (De)	Media (De)	Media (De)	Media (De)
1.Me peso cada día	3,1 (1,7)	3,5 (1,2)	2,9 (1,5)	2,5 (1,1)	2,4 (1,5)	3,5 (1,5)	3,6 (0,9)	3,5 (1,29)
2.Si siento ahogo, disnea, me paro y descanso	1,5 (1,1)	1,2 (0,6)	1,7 (1,1)	1,3 (0,5)	2,0 (1,4)	1,1 (0,4)	2,2 (1,5)	2,2 (1,6)
3.Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi doctor o enfermera	2,4 (1,7)	1,9 (1,1)	1,6 (1,0)	1,6 (0,8)	2,8 (1,7)	1,8 (1,2)	3,6 (1,3)	2,4 (1,6)
4.Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi doctor o enfermera	2,3 (1,7)	2,0 (1,1)	1,7 (1,1)	1,7 (0,9)	3,1 (1,8)	1,9 (1,2)	3,8 (1,3)	2,8 (1,6)
5.Si aumento 2kg en una semana, contacto con mi doctor o enfermera	2,6 (1,8)	2,1 (1,2)	2,1 (1,4)	2,4 (1,4)	3,4 (1,7)	2,1 (1,2)	4,9 (0,3)	3,3 (1,7)
6.Limito la cantidad de líquidos que bebo al día (1,5-2l)	2,3 (1,6)	2,0 (1,1)	2,1 (1,4)	2,3 (0,8)	3,6 (1,7)	2,2 (1,2)	4,0 (1,1)	3,1 (1,7)
7.Reposo un rato durante el día	1,8 (1,4)	1,1 (0,5)	1,7 (1,1)	1,4 (0,6)	2,7 (1,6)	1,1 (0,4)	1,5 (1,0)	1,6 (1,1)
8.Si experimento aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi doctor o enfermera	2,8 (1,7)	2,0 (1,1)	2,1 (1,4)	2,2 (1,0)	3,3 (1,7)	1,8 (1,2)	4,3 (1,0)	2,4 (1,6)
9. Realizo una dieta baja en sal.	2,2 (1,4)	1,6 (0,9)	2,5 (1,3)	1,6 (0,7)	2,4 (1,3)	1,9 (1,3)	2,3 (1,0)	2,1 (1,4)
10.Tomo toda la medicación como me han indicado	1,2 (0,9)	1,1 (0,5)	1,1 (0,4)	1,3 (0,5)	1,1 (0,4)	1,1 (0,6)	1,3 (0,7)	1,1 (0,6)
11. Me vacuno todos los años de la gripe	2,4 (1,9)	2,2 (1,7)	2,4 (1,8)	1,7 (1,4)	1,9 (1,9)	2,5 (1,9)	1,8 (1,5)	1,8 (1,5)
12.Hago ejercicio regularmente	3,1 (1,6)	3,0 (1,1)	2,7 (1,5)	3,7 (1,0)	2,7 (1,4)	3,3 (1,1)	2,4 (1,4)	2,8 (1,5)
Puntuación global	27,3 (16,5)	24,2 (7,7)	24,7 (7,8)	24,3 (6,6)	32,6 (9,1)	24,8 (7,6)	36,2 (4,8)	29,4 (8,4)

Registramos una adherencia muy alta al tratamiento farmacológico, con una puntuación media de 1,1; similar a la de estudios realizados en unidades de insuficiencia cardiaca tras intervenciones educativas.

Asimismo la puntuación media en vacunación antigripal indica un buen seguimiento, si consideramos como hemos señalado arriba que puntuaciones 1 y 2 corresponden a un autocuidado alto.

Lo mismo ocurre con el ítem “reposo un rato durante el día”, con puntuación media por debajo de 2 en todos los estudios, excepto el de Kato. Esta diferencia puede deberse no tanto al cuidado por la enfermedad, como a costumbres culturales de descansar tras la comida.

El seguimiento de una dieta baja en sal varía entre los diferentes estudios, situándose nuestros pacientes en una puntuación media y lo mismo ocurre con la realización regular de ejercicio físico.

En resumen, nuestros pacientes obtienen puntuaciones similares o mejores a las de otros estudios en los ítems que hacen referencia al seguimiento de instrucciones o prescripciones concretas. Pero obtienen puntuaciones peores en aquellas que tienen que ver con las medidas de monitorización y reconocimiento temprano de síntomas de descompensación.

En un primer análisis podría concluirse que los resultados de pobre autocuidado son debidos a la atención que se presta actualmente a estos pacientes en Atención Primaria, ya que no existe un protocolo de actuación específico dirigido a las personas con insuficiencia cardiaca, ni se ofertan de manera sistematizada consultas educativas.

Sin embargo, la situación en otros lugares parece similar: en un meta análisis que revisa autocuidado en 15 países (25), la conclusión general fue que el autocuidado en personas con insuficiencia cardiaca esta en niveles subóptimos y necesita ser mejorado en todas partes.

En todas las muestras analizadas la mayoría de los pacientes comunican tomar la medicación según esta prescrita.

Los niveles de ejercicio fueron bajos en la mayoría de las muestras, en 16 de las 21 muestras los pacientes refirieron bajos niveles de ejercicio.

La monitorización del peso fue irregular, en 16 de ellos menos de la mitad de los pacientes se pesaba regularmente. En los datos de España, la monitorización del peso se considero baja en el 78% de los pacientes.

La restricción de sodio varía mucho a lo largo de los países, entre el 18 y el 91 % dicen no seguir una dieta baja en sal. En España, solo el 25 % realiza de manera regular una dieta baja en sal.

Menos de uno de cada tres pacientes con insuficiencia cardíaca reconocen los síntomas y toman iniciativas apropiadas en respuesta a los mismos (22).

6- CONCLUSIONES.

En el centro de salud de Barañain hay codificados como insuficiencia cardiaca, la mitad de los casos esperados de acuerdo a la población que atendemos.

Las personas con insuficiencia cardiaca que atendemos en nuestro centro son de edad elevada, un número algo mayor de mujeres. La mayoría tienen estudios elementales y viven con su familia.

La comorbilidad es lo habitual, y la media de comorbilidades es alta.

El 61% de los pacientes con Ecocardiograma realizado, tienen una fracción de eyección superior al 50%.

En cuanto al grado funcional, la mitad de ellos están en grado funcional II, y un porcentaje importante 24,4% en grado funcional I.

El nivel de autocuidado en nuestros pacientes es deficiente cuando lo analizamos de manera global. Con un análisis pormenorizado vemos que la puntuación obtenida indica que los pacientes son “buenos cumplidores” de prescripciones e instrucciones recibidas; pero no hacen una valoración de sus síntomas de empeoramiento o descompensación, ni pueden, por tanto actuar de forma correcta cuando aparecen.

Estos resultados concuerdan con la ausencia en Atención Primaria, de un protocolo de atención a estos pacientes similar al existente para otras patologías crónicas. Son pacientes que no reciben, al menos no de manera general, formación para el manejo de su enfermedad.

Sabemos que la falta de cumplimiento del régimen terapéutico y del reconocimiento de los síntomas motiva más de un tercio de los reingresos (1) (32). Y que la mejoría en la capacidad de autocuidado se relaciona con menor incidencia de hospitalizaciones y mortalidad (29) (37)

Además sabemos que el seguimiento en unidades de insuficiencia cardiaca y la educación mejora el autocuidado (8) (10) (35).

Los resultados anteriores son fruto de trabajos realizados en su mayor parte en unidades especializadas, en ellas el perfil habitual de pacientes son más jóvenes y en grado funcional más avanzado que los tratados habitualmente en Atención Primaria.

Creemos que a pesar de lo anterior, los resultados serian similares en nuestro medio, y que es posible mejorar el autocuidado de las personas con insuficiencia cardiaca de nuestro centro, capacitándolos para el manejo de su enfermedad.

Debemos realizar los cambios necesarios para ofertar a estos pacientes una atención que los haga más capaces de cuidarse, y que puedan beneficiarse de las ventajas que para ellos supone un correcto autocuidado.

7- BIBLIOGRAFIA.

1. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012. Revista Española de Cardiología. octubre de 2012; 65(10):938.e1-938.e59.
2. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpón L, Muñiz García J. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Revista Española de Cardiología. 2008 oct.; 61(10):1041–9.
3. http://www.parcdesalutmar.cat/insuficiencia-cardiaca/es_protocols.html
4. Gervás J. Potenciar la atención primaria para mejorar el seguimiento de la insuficiencia cardíaca en los países desarrollados. Atención Primaria. 2006;37(8):457-9.
5. González-Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, Bertoméu Martínez V, Conthe Gutiérrez P, de Santiago Nocito A, Zsolt Fradera I. Insuficiencia cardiaca en consultas ambulatorias: comorbilidades y actuaciones diagnóstico-terapéuticas por diferentes especialistas. Estudio EPISERVE. Revista Española de Cardiología. 2008 jun; 61(6):611–9.
6. Granger BB, Ekman I, Granger CB, Ostergren J, Olofsson B, Michelson E, McMurray JJ, Yusuf S, Pfeffer MA, Swedberg K. Adherence to medication according to and age in the CHARM programme. Eur J Heart Fail 2009; 11:1092 – 1098.
7. Van der Wal MH, van Veldhuisen DJ, Veeger NJ, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. Eur Heart J 2010; 31 :1486 – 1493.
8. Lupón J, González B, Mas D, Urrutia A, Arenas M, Domingo M, et al. Patients' self-care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. Eur J Cardiovasc Nurs. marzo de 2008;7(1):16-20.
9. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. Eur. J. Heart Fail. junio de 2003;5(3):363-70.

10. 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. *Revista Española de Cardiología*. febrero de 2006; 59(2):166-70.
11. Cameron J, Worrall-Carter L, Driscoll A, Stewart S. Measuring self-care in chronic heart failure: a review of the psychometric properties of clinical instruments. *J Cardiovasc Nurs*. diciembre de 2009;24(6):E10-22.
12. Parajón T, Lupón J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Aplicación en España del cuestionario sobre calidad de vida «Minnesota Living With Heart Failure» para la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57:155-60.
13. Garin O, Soriano N, Ribera A, Ferrer M, Pont À, Alonso J, et al. Validación de la versión española del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Revista Española de Cardiología*. marzo de 2008; 61(3):251-9.
14. Naveiro-Rilo JC, Diez-Juárez DM, Blanco AR, Rebollo-Gutiérrez F, Rodríguez-Martínez A, Rodríguez-García MA. Validación del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*. diciembre de 2010; 63(12):1419-27.
15. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Insuficiencia cardíaca e instrumentos para medir la calidad de vida. *Revista Española de Cardiología*. marzo de 2008; 61(3):233-5.
16. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardíaca: visión desde atención primaria de salud - Editorial Elsevier [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/la-calidad-vida-los-enfermos-insuficiencia-cardiaca-90151420-originales-2012>
17. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*. marzo de 1997; 71(2):127-37.
18. Velazquez T. AB, Calidad de vida y autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca: una visión desde atención primaria: Tesis Doc. Universidad de Zaragoza, 2008. 289 pág.
19. Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen H-D, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns*. julio de 2013;92(1):114-20.
20. Jaarsma T, Arestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *Eur J Heart Fail*. enero de 2009;11(1):99-105.

21. Buck HG, Lee CS, Moser DK, Albert NM, Lennie T, Bentley B, et al. Relationship between self-care and health-related quality of life in older adults with moderate to advanced heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* febrero de 2012; 27(1):8-15.
22. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviours and heart failure: does experience with symptoms really make a difference? *Eur J Cardiovasc Nurs.* junio de 2010;9(2):92-100.
23. Clark AM, Freyberg CN, McAlister FA, Tsuyuki RT, Armstrong PW, Strain LA. Patient and informal caregivers' knowledge of heart failure: necessary but insufficient for effective self-care. *Eur J Heart Fail.* junio de 2009;11(6):617-21.
24. Feijó MK, Ávila CW, de Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. *Rev Lat Am Enfermagem.* octubre de 2012; 20(5):988-96.
25. González B, Lupón J, Domingo MDM, Cano L, Cabanes R, de Antonio M, et al. Educational level and self-care behaviour in patients with heart failure before and after nurse educational intervention. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 25 de octubre de 2013;
26. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B, Chung ML. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *Int J Nurs Stud.* diciembre de 2008;45(12):1807-15.
27. Jaarsma T, Nikolova-Simons M, van der Wal MHL. Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: An in-depth look. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care.* noviembre de 2012;41(6):583-93.
28. Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I, et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* febrero de 2011;13(2):115-26.
29. Lee CS, Moser DK, Lennie TA, Riegel B. Event-free survival in adults with heart failure who engage in self-care management. *Heart Lung.* febrero de 2011;40(1):12-20.
30. CS, Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, et al. Gender differences in heart failure self-care: a multinational cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* noviembre de 2009; 46(11):1485-95.
31. 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.* septiembre de 2011; 26(9):979-86.
32. Moser DK, Dickson V, Jaarsma T, Lee C, Stromberg A, Riegel B. Role of self-care in the patient with heart failure. *Curr Cardiol Rep.* junio de 2012; 14(3):265-75.
 33. Peters-Klimm F, Freund T, Kunz C, Laux G, Frankenstein L, Müller-Tasch T, et al. Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 18 de abril de 2012;
 34. Pulignano G, Del Sindaco D, Minardi G, Tarantini L, Cioffi G, Bernardi L, et al. Translation and validation of the Italian version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* julio de 2010;11(7):493-8.
 35. Riegel B, Lee CS, Albert N, Lennie T, Chung M, Song EK, et al. From novice to expert: confidence and activity status determine heart failure self-care performance. *Nurs Res.* abril de 2011; 60(2):132-8.
 36. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol.* noviembre de 2011;8(11):644-54.
 37. Rodríguez Artalejo F, Guallar-Castillón P, Montoto Otero C, Conde Herrera M, Carreño Ochoa C, Tabuenca Martín AI, et al. [Self-care behavior and patients' knowledge about self-care predict rehospitalization among older adults with heart failure]. *Rev Clin Esp.* junio de 2008; 208(6):269-75.
 38. Efectividad programa educativo en autocuidado [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_12.pdf
 39. Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardiaca [Internet]. [citado 12 de marzo de 2013]. Recuperado a partir de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33806/1/606877.pdf>
 40. Dickson VV, Buck H, Riegel B. A qualitative meta-analysis of heart failure self-care practices among individuals with multiple comorbid conditions. *J. Card. Fail.* mayo de 2011;17(5):413-9.
 41. Gallagher R, Luttk M-L, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* diciembre de 2011;26(6):439-45.
 42. Haasenritter J, Panfil E-M. [Assessment instruments for the measurement of the health-related self-care of patients with heart failure]. *Pflege.* agosto de 2008;21(4):235-51.
 43. 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.* 21 de diciembre de 2012;
44. Kato N, Ito N, Kinugawa K, Kazuma K. Validity and reliability of the Japanese version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs.* diciembre de 2008;7(4):284-9.
 45. Amézqueta C, Bermejo B, Guembe MJ, Artázcoz MT, Viñes JJ. Intervención clínica sobre los principales factores de riesgo vascular (estudio RIVANA). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* diciembre de 2009; 32(3):351-62.
 46. Etxeberria-Lekuona D, Sánchez-Ál J, Alonso Gutiérrez A, Acha Arrieta V, Campos Rivas R, Jarne Betrán V. Estudio de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardiaca en un Servicio de Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna.* febrero de 2007;24(2):57-60.

8- ANEXOS.

ANEXO 1

ESCALA EUROPEA DE AUTOCAUIDADO EN INSUFICIENCIA CARDIACA.

Esta escala contiene afirmaciones acerca del nivel de autocuidado en insuficiencia cardiaca. Responda con sinceridad a las siguientes afirmaciones. Haga un círculo en el numero 1 si está completamente de acuerdo con la afirmación (es decir, si hace siempre lo que se comenta). Haga un círculo en los números del 2 al 4 para respuestas intermedias. Aunque no esté seguro por completo en alguna cuestión marque la respuesta que crea más ajustada a su situación.

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

ANEXO 2

ÍNDICE DE BARTHEL.

Alimentación

- 10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.
- 5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
- 0 Dependiente: necesita ser alimentado.

Lavado (baño)

- 5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Vestido

- 10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.
- 5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Aseo

- 5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Deposición

- 10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.
- 5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.
- 0 Incontinente.

Micción

- 10 Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (Catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.
- 5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.
- 0 Incontinente.

Retrete

- 10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuna. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.
- 5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Traslado sillón-cama

- 15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).
- 5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.
- 0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n.

- 15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (pr3tesis, bastones, muletas, etc.) excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisi3n.
- 10 Necesita ayuda: supervisi3n f3sica o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
- 5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
- 0 Dependiente: requiere ayuda mayor.

Escalones

- 10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisi3n, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
- 5 Necesita ayuda: supervisi3n f3sica o verbal.
- 0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

Valoraci3n:

- 100 independiente
- 60 – 95 dependiente leve
- 35 – 55 dependiente moderado
- 20 – 30 dependiente grave
- 0 – 15 dependencia total

ANEXO 3

TEST MINNESOTA LIVING-WITH- HEART-FAILURE.

Las siguientes preguntas se refieren a la manera en que la insuficiencia cardiaca (problemas de corazón) le ha impedido vivir como a usted le hubiera gustado durante el último mes.

A continuación se describen diferentes maneras en que la insuficiencia cardiaca afecta a algunas personas. Si está seguro de que alguna pregunta no corresponde a su situación o de que no está relacionada con su insuficiencia cardiaca, rodee el 0 con un círculo y pase a la siguiente pregunta.

Si alguna de las siguientes situaciones le ha ocurrido a usted, entonces rodee un número con un círculo que indique en qué medida le ha impedido vivir como a usted le hubiera gustado.

Recuerde que todas las preguntas han de estar contestadas.

El cuestionario lo ha de completar en la consulta, con ayuda de la enfermera si lo precisa y devolverlo antes de marcharse.

	NO	MUY POCO MUCHISIMO				
1: Le ha provocado hinchazón de tobillos, piernas	0	1	2	3	4	5
2: Le ha obligado a sentarse, o tumbarse o a durante el día?	0	1	2	3	4	5
3: ¿Le ha costado caminar o subir escaleras?	0	1	2	3	4	5
4: Le ha costado hacer el trabajo de la casa o el jardín?	0	1	2	3	4	5
5: Le ha sido difícil ir a sitios alejados de su casa	0	1	2	3	4	5
6: Le ha costado dormir por la noche?	0	1	2	3	4	5
7: Le ha costado relacionarse o hacer cosas con su familia o amigos?	0	1	2	3	4	5
8: Le ha sido difícil ejercer su profesión	0	1	2	3	4	5
9: Le ha costado realizar sus pasatiempos, deportes o aficiones	0	1	2	3	4	5
10. Le ha dificultado su actividad sexual?	0	1	2	3	4	5
11: Le ha obligado a comer menos de las cosas que le gustan?	0	1	2	3	4	5
12: Le ha provocado que le falta el aire para respirar?	0	1	2	3	4	5
13: Le ha hecho sentirse cansado, fatigado o con poca energía?	0	1	2	3	4	5
14: Le ha obligado a permanecer ingresado en el hospital	0	1	2	3	4	5

15: Le ha ocasionado gastos adicionales por su enfermedad?	0	1	2	3	4	5
16: Los medicamentos le han causado algún efecto secundario?	0	1	2	3	4	5
17: Le ha hecho sentirse una carga para su familia o amigos?	0	1	2	3	4	5
18: Le ha hecho sentir que perdía el control sobre su vida?	0	1	2	3	4	5
19: Le ha hecho sentirse preocupado ?	0	1	2	3	4	5
20: Le ha costado concentrarse o acordarse de las cosas ?	0	1	2	3	4	5
21: Le ha hecho sentirse deprimido ?	0	1	2	3	4	5
PUNTUACION TOTAL						

ANEXO 4

INFORMACION A LOS PARTICIPANTES.

Estimado usuario:

Estamos realizando un estudio sobre los hábitos de las personas con insuficiencia cardiaca en relación a su salud.

Solicitamos su colaboración en la realización de este estudio.

Lo que le pedimos es que acepte la realización de un cuestionario que le llevará aproximadamente 20 minutos.

Y que nos autorice a recoger datos sobre su enfermedad y sus tratamientos de su historia clínica.

Antes de aceptar la participación en el estudio es importante que conozca en qué consiste el estudio y su participación en el mismo.

El objetivo del estudio es conocer los comportamientos habituales y rutinarios de las personas con insuficiencia cardíaca

Pensamos que sabiéndolo podremos mejorar la atención que les prestamos, sobre todo en los aspectos más difíciles o costosos.

Necesitamos que conteste un cuestionario y que nos de permiso para consultar su historia.

Los datos que recojamos son anónimos y se respetará la confidencialidad en todo momento.

Usted puede anular esta autorización en cualquier momento, sin darnos ninguna explicación.

La atención sanitaria que usted reciba, no estará en absoluto influenciada por su aceptación o negativa a participar en este estudio.

Puede hacer ahora las preguntas que quiera, y en cualquier momento más adelante también si le surge alguna otra cuestión acerca de este estudio.

Puede ponerse en contacto con Maite Arizaleta. Centro de Salud de Barañain

- Teléfono 948 287529

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El /la abajo firmante, D. /Dña.:

.....
.....,declara que:

He sido informado satisfactoriamente del contenido y objetivos del estudio: **AUTOCAUIDADO EN LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA.**

Así como de que los datos que en el mismo se recogen, los del cuestionario y los de la historia clínica, son confidenciales, por lo que solo podrán utilizarse con fines clínicos y científicos, y solo por el personal investigador sujeto al secreto profesional.

También he sido informado de que mi participación es totalmente voluntaria y no sujeta a ninguna otra condición.

Teniendo en cuenta lo anterior, doy mi consentimiento informado para participar en este estudio, autorizo el acceso (siempre revocable), a mis datos médicos a la investigadora del proyecto, teniendo plena libertad para retirarme del mismo: en cualquier momento, sin tener que indicar ningún motivo para la retirada y sin que ello afecte a mi asistencia sanitaria futura.

El /la paciente:

.....	
.....		
NOMBRE	FIRMA	FECHA

La investigadora:

.....	
.....		
NOMBRE	FIRMA	
FECHA		

ANEXO 6

RECOGIDA DE DATOS. VARIABLES.

1. - CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR
2. - CÓDIGO PACIENTE (Nº INTERNO)
3. - EDAD
4. - SEXO 1. V 2. M
5. - CONVIVENCIA:
51. VIVE SOLO
52. VIVE EN PAREJA Y/O CON HIJOS
53. VIVE EN OTRA FAMILIA, AMIGOS
54. VIVE EN COMUNIDAD
-

55. OTROS

6.- NIVEL EDUCATIVO:	61 ANALFABETO	<input type="checkbox"/>
	62 ELEMENTAL	<input type="checkbox"/>
	63 BACHILLER	<input type="checkbox"/>
	64 SUPERIOR	<input type="checkbox"/>
	65 NA	<input type="checkbox"/>

7. - GRADO NYHA:	71. GF I:	<input type="checkbox"/>
	72. GF II	<input type="checkbox"/>
	73. GF III	<input type="checkbox"/>
	74. GF IV	<input type="checkbox"/>

8. - FACTOR RIESGO CARDIOVASCULAR. ANTECEDENTES:

81.- DIABETES

1. SI

2. NO

82.- HTA

1. SI

2. NO

83.- TABACO

1. SI

2. NO

84.- OBESIDAD (IMC>30)

1. SI

2. NO

85.- DISLIPEMIA

1. SI

2. NO

9. - COMORBILIDAD

91.- ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

1. SI

2. NO

92.- INSUFICIENCIA RENAL

1. SI

2. NO

93.- ANEMIA

1. SI

2. NO

94.- EPOC

1. SI

2. NO

95.- DEPRESIÓN

1. SI

2. NO

96.- DEMENCIA

1. SI

2. NO

97.- ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

1. SI

2. NO

10.- CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

1. SI

2. NO

11.- FIBRILACIÓN AURICULAR

1. SI

2. NO

12.- ANTICOAGULACIÓN

1. SI

2. NO

13.- TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA
CARDIACA

14. - TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

141. DIURETICOS DE ASA: 1. SI

2. NO

142. BLOQUEANTES DE LA ALDOSTERONA

1. SI

2. NO

143. IVABRADINA

1. SI

2. NO

144. IECAS:

1. SI

2. NO

145. ARA II:

1. SI

2. NO

146. BETA-BLOQUENATES

1. SI

2. NO

147. DIGITAL

1. SI

2. NO

148. ESTATINAS

1. SI

2. NO

149. CALCIOANTAGONISTAS

1. SI

2. NO

1410. ANTIARRITMICOS

1. SI

2. NO

1411. VASODILATADORES

1. SI

CORONARIOS

2. NO

1412. ANTIAGREGANTES

1.SI

2. NO

1413. HEPARINA BAJO

1. SI

PESO MOLECULAR

2. NO

1414. TIAZIDAS

1. SI

2. NO

15.- ECOCARDIOGRAMA

1. SI

2.

NO

16. - FRACCIÓN DE EYECCIÓN

161. VALOR

162. DESCONOCIDO EN AP

17.- BARTHEL

171. 100 PTOS INDEPENDIENTE

172. 60-90 PTOS DEP. LEVE

173. 35-55 PTOS DEP. MODERADA

174. 20-30 PTOS DEP. GRAVE

175. 0-15 PTOS DEP. TOTAL

18. - MINNESOTA LIVING HEART FAILURE QUESTIONARIE

19. - ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO EN INSUF. CARDIACA

ANEXO 7.

GRADOS FUNCIONALES DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA.

CLASIFICACIÓN DE LA NYHA

Clase funcional I: Actividad ordinaria sin síntomas. No hay limitación de la actividad física.

Clase funcional II: El paciente tolera la actividad ordinaria, pero existe una ligera limitación de la actividad física, apareciendo disnea con esfuerzos intensos.

Clase funcional III: La actividad física que el paciente puede realizar es inferior a la ordinaria, está notablemente limitado por la disnea.

Clase funcional IV: El paciente tiene disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física.

