

# DIME CORAZÓN, ¿QUÉ SABES DE TU ENFERMEDAD Y QUÉ TE GUSTARÍA SABER?

Año de realización del trabajo: 2008-2009. Presentado en el XXX Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología "Latiendo hacia el futuro", organizado por la AEEC en Tarragona.

## Autores

Beistegui Alejandro I\*, Aguayo Esgueva B\*\*, Viñuela Bravo Y\*\*, Echávarri Escribano M\*\*, Elorza Ozaeta Z\*\*, Jiménez de Aberásturi Sasiain A\*\*.

\* Supervisora de enfermería en la Unidad de Cardiología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

\*\* Enfermera en la Unidad de Cardiología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

## Resumen

• Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) se ha convertido en un importante y creciente problema de salud en los países desarrollados debido, principalmente, al envejecimiento de la población. En nuestro país supone la principal causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años y la tercera causa de mortalidad cardiovascular.

• Objetivos: Conocer qué grado de información tienen los pacientes sobre su patología. Detectar áreas de mejora y áreas fuertes en la educación sanitaria de enfermería. Mejorar la autonomía y calidad de vida de los pacientes con IC, disminuyendo la morbilidad.

• Material y método: Se encuesta a los pacientes ingresados con IC en nuestra unidad para detectar el grado de conocimiento sobre su enfermedad, en diciembre del 2008. Revisión bibliográfica. Análisis de los datos clínicos-estadísticos de los ingresados en el 2007 con el diagnóstico de IC.

• Resultados: Ingresaron por IC 284, 48 reingresaron. Encuesta: 25 personas. Edad media: 73,12 años. Conocimiento sobre tratamiento farmacológico: La mayoría desconocía las indicaciones del tratamiento y un 100% los efectos adversos. Un 76% no habían recibido nunca educación sanitaria de enfermería. El 40% conoce los síntomas de alarma. El 48% realiza dieta hiposódica. Intereses educacionales: 52%: causas de su enfermedad y factores de riesgo. 64%: reagudizaciones. 56%.: Dieta. Los intereses educacionales de los pacientes y cuidadores informales diferían.

• Conclusiones: Se detecta un déficit importante de conocimiento sobre la IC en nuestros pacientes y cuidadores. Importante implicar a los dos grupos (pacientes y cuidadores), en la educación sanitaria, siendo el objetivo final la mejora de la calidad de vida.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardiaca, educación sanitaria, enfermería, paciente crónico, dieta.

## TELL ME, MY HEART, WHAT DO YOU KNOW ABOUT YOUR DISEASE AND WHAT WOULD YOU LIKE TO KNOW?

### Abstract

• Introduction: Heart failure (HF) has become an important and increasing health problem in developed countries, due to, specially, the ageing of the population. In our country it is the first cause of hospital admissions in people over 65 and the third cause of cardiovascular mortality.

• Aims: To know how much information patients have about their pathology. To detect improving areas as well as strong areas in nurse-directed education. To obtain a higher autonomy and quality of life on HF patients, reducing their mortality.

• Materials and method: HF patients admitted in our ward are interviewed in order to detect how much they know about their disease, in December 2008. Bibliographical revision. Analysis of clinical-statistical information on admitted patients during 2007 with HF diagnosis.

• Results: 284 HF patients were admitted, 48 were readmitted. Survey: 25 people. Average age: 73,12 years old. Knowledge of pharmacological treatment: Most of them didn't know about treatment indications and nobody of them knew something about adverse effects. 76% never got any nursing medical education. 40 % knows about symptoms of alarm. 48% take a low salt diet. Educational interests: 52%: cause of their disease and risk factors. 64%: exacerbation of the disease. 56%: Diet. The educational interests of patients and informal carers differed between them.

• **Conclusions:** An important lack of knowledge of HF is detected in our patients and carers. It becomes important to involve both groups (patients and carers) on heart failure education, being the final objective to get a better quality of life.

**Key words:** Heart failure, health education, nursing, Chronic patient, diet.

Enferm Cardiol. 2009; Año XVI(47-48):58-63

## Introducción

La insuficiencia cardiaca (IC) se ha convertido en un importante y creciente problema de salud en los países desarrollados, debido principalmente al progresivo envejecimiento de la población y también al aumento de la supervivencia de las personas que han sufrido un infarto de miocardio o padecen hipertensión arterial.

La prevalencia de la IC se sitúa entre el 2% y 3% y va en aumento hasta llegar a situarse alrededor de un 10-20% a partir de los 70 años, con un consumo aproximado de entre un 2,5% y un 4% del gasto sanitario anual, del cual un 75% corresponde a gastos de hospitalización<sup>(1)</sup>. En nuestro país supone la principal causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años y la tercera causa de mortalidad cardiovascular.

La IC es una enfermedad crónica que disminuye la autonomía de la persona que la sufre y empeora de forma significativa su calidad de vida hasta el punto de que, para estas personas, esto es aún más importante que la cercanía de la propia muerte. Esta deficiente calidad de vida empeora aún más a causa de los múltiples ingresos hospitalarios que con frecuencia sufren estas personas.

No obstante, y a pesar de su mal pronóstico y la elevada carga asistencial que soportan los sistemas sanitarios, el grado de conocimiento que los pacientes y la sociedad en general tienen sobre esta enfermedad es sensiblemente inferior al que se tiene sobre otras enfermedades, como por ejemplo, el cáncer, la diabetes, el infarto agudo de miocardio<sup>(2)</sup>, etc. Otros factores, como la falta de percepción sobre la gravedad del problema que tienen no sólo los pacientes, sino también los propios profesionales sanitarios, junto con la elevada demanda de consultas frecuentes que genera, la escasa intervención de los profesionales sobre algunos aspectos y la complejidad de su tratamiento, hacen que la adherencia al cumplimiento terapéutico sea menor. Otros estudios concluyen que el control adecuado es especialmente escaso en los pacientes con una combinación de enfermedades, lo cual es habitual si hablamos de pacientes con insuficiencia cardiaca<sup>(4)</sup>. Todo ello contribuye a la escasa mejoría pronóstica.

Varios meta-análisis<sup>(4,5)</sup>, que incluyen a más de 8.000 pacientes, han evaluado el efecto de los programas de intervención y educación sanitaria en pacientes con insuficiencia cardiaca. En una recopilación de 10 estudios aleatorizados<sup>(4)</sup> que evaluaban la eficacia de los programas de atención integral en ancianos con IC, concluyeron que las intervenciones disminuyeron en un 18% el número de reingresos y fallecimientos. Todos ellos han concluido que la combinación del seguimiento y la educación sanitaria que realiza el profesional de

enfermería, junto a un adecuado cumplimiento del tratamiento médico, influyen positivamente en la mejora del pronóstico y proporcionan beneficios significativos en la evolución de los pacientes, reduciendo reingresos y aumentando la supervivencia, todo ello sin que ello suponga un aumento significativo de recursos. La reducción del riesgo se situó entre el 16 y el 21%. Destacan, asimismo, la importancia de la existencia de equipos multidisciplinares de atención, teniendo en cuenta las necesidades de los propios pacientes en su proceso educativo, y un seguimiento largo en el tiempo para aumentar la eficacia de estos programas, ya que muchos problemas que se detectan hacen referencia a la disminución del seguimiento de los hábitos cardio-saludables al cabo de periodos de tiempo largos.

La Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008) recomienda establecer programas para el manejo de la IC con estrategias estructuradas y equipos multidisciplinares con un grado de recomendación I y nivel de evidencia A para reducir el número de reingresos<sup>(6)</sup>.

## Objetivos

Conocer qué grado de información tienen los pacientes sobre su patología. Detectar áreas de mejora y áreas fuertes en la educación sanitaria de enfermería. Mejorar la autonomía y la calidad de vida de los pacientes con IC y disminuir la morbilidad.

## Metodología

Estudio cuantitativo observacional transversal realizado en una unidad de hospitalización de agudos de cardiología, en un hospital de tercera categoría. Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las siguientes bases de datos: Medline, Cuiden, Fisterra, The Joanna Briggs Institute, Cuidatge, Enfispo y revisando las publicaciones de la Revista Española de Cardiología.

Se analizaron los datos clínico-estadísticos a través de porcentajes de los pacientes ingresados en el año 2007, con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Las variables a estudio fueron: edad media, estancia media, tasa de mortalidad, y reingresos: Tasa de reingresos, estancia media del reingreso, estancia media en casa, exitus, causa del reingreso.

Se elaboró un cuestionario que constaba de seis áreas de estudio: Conocimiento de la enfermedad, tratamiento médico, tolerancia a la actividad física, hábitos de vida saludables, régimen dietético, educación sanitaria recibida, y datos clínicos: Edad, sexo, patología asociada.

Cada área constaba de varias preguntas. Todas eran preguntas cerradas, aunque en alguna de ellas se daba

la opción de una pequeña explicación (ver anexo I). Tras su realización se pilotó antes de su uso para el estudio.

Posteriormente se realizó este cuestionario a los pacientes ingresados en Diciembre de 2008 en la unidad de cardiología con diagnóstico de IC. A estos sujetos se les pasó el cuestionario al día siguiente al ingreso. Se excluyeron 2 pacientes debido a su estado terminal. Un total de 25 pacientes contestaron la encuesta.

El análisis estadístico se realizó mediante porcentajes y frecuencias.

**Limitaciones:** Los cuestionarios no fueron validados previamente. El cuestionario iba dirigido a ser rellenado por el propio paciente, pero precisaron ser ayudados por la enfermera de la unidad debido a sus características y ser una población anciana en su mayoría. En la mayoría de las entrevistas, los entrevistados fueron tanto el paciente como el cuidador informal principal, debido a que era éste último quien se hacía cargo de todos los cuidados del paciente.

Debido al tamaño pequeño de la muestra es probable que los resultados obtenidos no sean extrapolables al conjunto de la población que padece insuficiencia cardiaca.

**Consideraciones éticas:** Se informó a todos los pacientes de en qué consistía el estudio, siendo las encuestas que contestaron anónimas y todos accedieron de forma voluntaria a rellenarlas.

## Resultados

### Datos clínicos estadísticos, ingresos en el 2007:

Ingresos: 284 pacientes. Edad media: 79 años. Estancia media: 8,54 días. Tasa mortalidad. 7,75% (22 pacientes).

#### Reingresos:

- Tasa de reingresos: 18,32% (48 pacientes).
- Estancia media: 10,3 días.
- Estancia media en casa: 14,27 días.
- Exitus: 6 pacientes.
- Causa del reingreso: Alteraciones de la válvula aórtica: 1. Derrame pleural: 6. Insuficiencia cardiaca: 13. Insuficiencia renal: 3. Insuficiencia respiratoria aguda: 1. Síncope o colapso: 1. Otras causas: 23.

### Encuestas:

Muestra: 25 pacientes; dos se excluyeron por la situación de gravedad.

Edad media: 73,12 años (entre 47 y 95 años). El 60% son mayores de 80 años.

Sexo: 14 hombres y 11 mujeres.

Patología asociada:

Hipertensión arterial (HTA): 16 (64%).	Arritmia: 8 (32%).
Hipercolesterolemia: 5 (20%).	Diabetes mellitus: 8 (32%).
Cardiopatía isquémica: 9 (36%).	Fibrosis pulmonar: 1 (4%).
Valvulopatía: 10 (40%).	Marcapasos: 2 (8%).
Miocardopatía: 6 (24%).	Hipertensión pulmonar: 1 (4%).
Hipertensión arterial (HTA): 16 (64%).	Insuficiencia renal: 1 (4%).
Hipercolesterolemia: 5 (20%).	Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS): 1 (4%).
Cardiopatía isquémica: 9 (36%).	

## Conocimiento de la enfermedad

1. ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez la insuficiencia cardiaca?:
  - Debutan: 10 (40%).
  - Hace 1 año: 3 (12%).
  - Hace 2 años: 1 (4%).
  - Hace 4 años: 4 (16%).
  - Hace 5 años: 1 (4%).
  - Hace 6 años: 2 (8%).
  - Más de 6 años: 4 (16%).
2. ¿Cuántas veces ha sido ingresado por este motivo?:
  - 1 vez: 10 (40%).
  - 2 veces: 4 (16%).
  - 3 veces: 4 (16%).
  - 4 vez: 2 (8%).
  - Múltiples veces: 3 (12%).
  - No sabe: 2 (8%).
3. En este ingreso, ¿qué síntomas le llevaron a acudir a urgencias?: Disnea: 24 (96%). Oliguria: 2 (8%). Aumento de los edemas: 10 (40%). Aumento nicturia: 1 (4%). Malestar general: 2 (8%). Algunos pacientes presentaron varios síntomas.
4. ¿Acudió a su médico de atención primaria antes de venir al hospital?: Si: 11 (44%). No: 14 (56%).

## Tratamiento médico

1. Conocen la medicación que toman: Si: 18 (72%), No: 7 (28%).
2. Conocen la utilidad de los medicamentos: Si: 12 (48%), No: 13 (52%).
3. Conocen efectos adversos: No: 25 (100%).
4. Modifican la dosis por su cuenta o suspenden la medicación: Si: 6 (24%), sobre todo los diuréticos.
5. Saben cómo actuar ante olvidos: No olvidan: 11 (44%); Pasan a la siguiente toma: 14 (56%).

## Tolerancia a la actividad física:

1. ¿Realiza usted las tareas del hogar sin fatigarse?: Si: 14 (56%). No: 3 (12%). Ocho (32%) tienen alguna ayuda a domicilio.
2. ¿Camina diariamente sin fatigarse? Si: 10 (40%), No: 15 (60%).

## Hábitos de vida saludables

1. Practica algún deporte: Si: 1, natación (4%), No: 24 (96%).
2. Fuman: Si: 5 (20%).
3. Beben alcohol: 9 (36%), toman un vaso de vino en las comidas. 1 (4%) enolismo crónico.

## Régimen dietético

1. Sal en la dieta: Sin sal: 12 (48%). Con poca sal: 3 (12%). Con sal: 10 (40%).
2. Ingesta de líquidos diarios: Menos de 1 litro: 6 (24%). 1 litro: 9 (36%). Entre 1,5 litros ó 2 litros: 7 (28%). No saben: 3 (12%).

	Todos los días	5 por semana	2/3 por semana	1 por semana	Nunca
Verdura	6 (24%)	6 (24%)	8 (32%)		
Fruta	14 (56%)				
Legumbres			14 (56%)		
Pasta				11 (44%)	
Pan	19 (76%)				
Lácteos	21 (84%)				
Pescado			14 (56%)		
Pollo / Pavo			11 (44%)	10 (40%)	
Otras carnes			10 (40%)	9 (36%)	
Bollería industrial					19 (76%)

### Educación sanitaria

- Diecinueve (76%) refieren que **no** han recibido educación sanitaria por parte de enfermería sobre su enfermedad, durante el ingreso. Seis (24%) han sido informados sobre la dieta, medicación y síntomas de alarma.
- Conoce los síntomas de alarma por los cuales debe acudir al médico: Si: 10 (40%). No: 15 (60%).
- Indique sobre qué temas podría interesarle recibir más información:
  - Causas de la enfermedad - Factores de riesgo: 13 (52%).
  - Cómo se desarrolla: 11 (44%).
  - Síntomas: 13 (52%).
  - Dieta: 14 (56%).
  - Ejercicio: 7 (28%).
  - Sexualidad: 3 (12%).
  - Medicación: 11 (44%).
  - Recaídas-Reagudizaciones: 16 (64%).
  - Consejo antitabaco: 2 (8%).
  - Control de obesidad: 3 (12%).
  - Cinco (20%) no quieren saber nada, "¿para qué?".

### Conclusiones

Llama la atención la alta tasa de reingresos (18.32%), con una estancia media en casa de 14, 27 días (entre ingreso e ingreso), y una estancia media hospitalaria mayor que en el primer ingreso. Este dato, junto con lo que refieren los pacientes que se les educa sobre su proceso de salud, (un 76% refiere que nunca se le ha informado), nos hace reflexionar sobre el desarrollo del trabajo de la enfermería hospitalaria. Se tienen muy protocolizadas las técnicas, pero se debería incluir un tiempo para la educación. El informar, que no es lo mismo que educar, a pie de cama, aprovechando que se está realizando otra intervención, no es una correcta educación, el paciente no retiene el bombardeo de datos y técnicas que le está dando.

Sería adecuado crear un tiempo y lugar para realizar una correcta educación sanitaria, en la que pa-

cientes y cuidadores principales interaccionen conjuntamente con enfermería.

La elevada edad media de nuestros pacientes, hace que se delegue toda la información en el cuidador principal. Los pacientes más jóvenes son los que mayores inquietudes presentan por aprender. Entre los primeros, quienes demandan más información son los cuidadores principales. En general, sobre lo que más quieren saber es sobre las causas y síntomas de la enfermedad, sobre la dieta y sobre las medidas a adoptar para evitar recaídas. Nos llama la atención el elevado porcentaje al que no le interesa saber nada. En general estos son los pacientes que tienen una calidad de vida más deficiente.

Sobre el seguimiento de la dieta vemos que muchos no restringen la sal. Es un dato a incidir ya que, entre los que afirman restringir la sal, no hemos indagado de forma más concreta sobre el consumo de alimentos que llevan sal y el conocimiento que poseen sobre ello. En un estudio realizado sobre los conocimientos sobre la dieta hiposódica se concluyó que es pequeño el porcentaje que realmente sigue la dieta hiposódica y que son pocos los que saben identificar los alimentos con bajo contenido en sal y los condimentos adecuados a utilizar<sup>(15)</sup>. Se detecta la necesidad de hacer hincapié en educación sobre la dieta equilibrada, ya que un porcentaje elevado de pacientes no toma frutas y verduras diariamente.

Es importante explicarles que la práctica habitual de ejercicio reduce la mortalidad y mejora la calidad de vida.

El área de conocimientos acerca del tratamiento médico es deficitario; la mitad no saben las indicaciones de cada medicamento y la totalidad afirma no conocer los efectos adversos. Un 24% modifican las dosis o cesan de tomar sin consultar previamente con su médico, bien por cansancio, u olvido. No le dan al tratamiento la importancia necesaria, por lo que es difícil conseguir una adherencia adecuada al mismo. Identificamos aquí un área de mejora. Debemos incidir en este aspecto ya que aumentar la adherencia al tratamiento se ha demostrado que disminuye la morbimortalidad y mejora el bienestar del paciente. Según

La Sociedad Europea de Cardiología se estima que sólo un 20-60% de los pacientes con IC cumplen el tratamiento farmacológico y no farmacológico que se les ha prescrito.

No se han encontrado en la bibliografía estudios sobre el nivel de conocimientos que tienen los pacientes con IC, así que no tenemos elementos de comparación con nuestros resultados. Lo que sí se ha encontrado son estudios sobre otras patologías como el infarto agudo de miocardio, donde el nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre su proceso y sus cuidados es mucho mayor. Existe una mayor sensibilidad en educación sanitaria en patologías tales como HTA, diabetes, donde la demanda de la sociedad y medios de comunicación es mayor; pero en patologías como la IC, la demanda de la sociedad, en general, es menor.

Para finalizar, el siguiente paso es elaborar guías de educación sanitaria y realizar sesiones grupales e individuales de educación implicando de forma directa a los cuidadores principales en los programas educativos.

Es un reto muy estimulante, el plantear la atención a estos pacientes desde un punto de vista multidisciplinar, implicándonos profesionales médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, dietistas, fisioterapeutas, psicólogos, coordinando la atención hospitalaria con la primaria para dar continuidad y seguimiento a los programas educativos y a los cuidados, todo ello teniendo presente las necesidades de nuestros pacientes y los recursos de los que disponemos.

## Bibliografía

1. Ulecia-Martínez M, Caballero-Güeto J, Candel-Delgado JM. Actividad asistencial en una unidad de insuficiencia cardíaca. Evaluación de sus indicadores. Elsevier instituciones. (Doyma).
2. Isla P, Gómez MJ, Gil D, Merino O, Roig C., Vivas E, Ortigosa L. Factores de riesgo y autoevaluación del paciente en un primer episodio de cardiopatía isquémica. Elsevier instituciones (Doyma).
3. González-Guanetey JR, Alegría-Ezquerro E, Aznar-Costa J, Bertomeu-Martínez V, Franch-Nadal J, Palma-Gámiz JL. Conocimiento y aplicación de las Guías de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59:801-6.
4. Gonseth J, Guallar Castellón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmers in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of Publisher reports. *Eur Heart J*. 2004; 25: 1570-95.
5. Philips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA*. 2004; 291: 1358-67.
6. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008).
7. Taboada M. Insuficiencia cardíaca en atención primaria (2008, ARS XXI).
8. Kim Graham Bibr&InfMgmt DipAppSc. Insuficiencia cardíaca congestiva. Métodos de tratamiento (2007) Base de datos de Resúmenes de Evidencia del JBI.
9. Morcillo C, Delás J y Rossell F. Abordaje de la insuficiencia cardíaca en ancianos, una visión desde la atención primaria. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59(3): 289-91.
10. Morcillo C, Valderás M, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en enfermos con insuficiencia cardíaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 618-25.
11. Conthe P, Visús E. Importancia del cumplimiento terapéutico en la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 302-7.
12. Anguita M, Programas de intervención en la insuficiencia cardíaca: análisis crítico. *Rev Esp Cardiol. Supl.* 2007; 7: 45F-56F.
13. Lupón J. Programas de atención en la insuficiencia cardíaca: a favor de una actuación global. *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60(9): 899-902.
14. Jaarsma T, Halfens R, Huijjer Abu-Saad H, Dracup K, Gorgels T, Van Ree J, et al. Effects of education and support on self, care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J*. 1999; 20:673-82 (Medline).
15. Ortiz Olmo P, Montero Dávila V, Gea Valero M, Velayos Martos P, Teis Soley A. ¿Sabe seguir la población de riesgo una dieta sin sal? *Enfermería en Cardiología* 2008; 45:13-17.

**ANEXO I**

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_

**PATOLOGÍA ASOCIADA:**

- |                                                |                                              |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HTA                   | <input type="checkbox"/> Valvulopatía        |
| <input type="checkbox"/> Miocardiopatía        | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica | <input type="checkbox"/> Otros               |

**CONOCIMIENTO ENFERMEDAD**

- ¿Cuándo le diagnosticaron por primera vez la insuficiencia cardiaca? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas veces ha sido ingresado por este motivo? \_\_\_\_\_
- En este ingreso, ¿qué síntomas le llevaron a acudir a urgencias? \_\_\_\_\_
- ¿Acudió a su médico de atención primaria antes de venir al hospital? Si  No

**TRATAMIENTO MÉDICO:**

- Tratamiento médico actual.
- ¿Conoce para qué sirven los medicamentos que toma? Si  No
- Si la respuesta es sí, anótelos a continuación.
- ¿Conoce los efectos adversos de la medicación que toma? Si  No
- Si la respuesta es sí, anótelos a continuación.
- ¿Qué hace si se le olvida alguna toma?
- ¿En algún momento ha decidido modificar las dosis prescritas o suspender el tratamiento?
- Si  ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- No

**TOLERANCIA ACTIVIDAD FÍSICA:**

- ¿Realiza usted las tareas del hogar sin fatigarse? Si  No
- ¿Camina diariamente sin fatigarse? Si  ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_ No

**HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES:**

- ¿Practica algún deporte? Si  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No
- ¿Fuma? Si  ¿Cantidad? \_\_\_\_\_ No
- ¿Bebe alcohol? Si  ¿Cantidad? \_\_\_\_\_ No

**RÉGIMEN DIETÉTICO:**

- ¿Come con o sin sal? Con  Sin
- ¿Cuánto líquido toma al día teniendo en cuenta además del agua todo tipo de bebida (leche, café, infusiones, etc.)? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas veces come?: \_\_\_\_\_

	Todos los días	5 por semana	2/3 por semana	1 por semana	Nunca
Verdura					
Fruta					
Legumbres					
Pasta					
Pan					
Lácteos					
Pescado					
Pollo / Pavo					
Otras carnes					
Bollería industrial					

**EDUCACIÓN SANITARIA RECIBIDA:**

- Durante el tiempo que ha estado ingresado, ¿el personal de enfermería, le ha explicado algo sobre su enfermedad?  
Si  ¿El qué? \_\_\_\_\_ No
- ¿Conoce los síntomas de alarma por los cuales debe acudir al médico?  
Si  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ No
- Indique sobre qué temas podría interesarle recibir más información:
- Causas de la enfermedad-Factores de riesgo
- Cómo se desarrolla
- Síntomas
- Dieta
- Ejercicio
- Sexualidad
- Medicación
- Recaídas-Reagudizaciones
- Consejo antitabaco
- Control de obesidad.
- Otros