

Facultade de Enfermaría e Podoloxía



## **TRABALLO DE FIN DE GRAO EN ENFERMARÍA**

**Curso académico 2019/2020**

**Adherencia ó tratamento en doentes tras un Infarto  
Agudo de Miocardio: relación ca súa calidade de vida**

**María Raquel Rey Rodríguez**

Directoras do proxecto

---

**Valentín Escudero Carranza**

Profesor colaborador. Facultade de Enfermería e Podoloxía da Universidade da Coruña.

**Eva Tizón Bouza**

Enfermeira doutora. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol.

## AGRADECEMENTOS

Á Dra. Eva Tizón, protagonista de sementar en min o interese pola investigación, potenciando a miña curiosidade e capacidades. Grazas Eva, pola túa confianza e apoio constante.

Á enfermeira María Camiña, titora do meu practicum, por ser fonte de autoestima e confianza, agradecer todo o entusiasmo e motivación que desenrolou en min.

Finalmente agradecer a miña familia, as miñas amigas e compañeiras, que se converteron nun pilar fundamental, grazas polo voso constante apoio, en especial a meu irmán por facerme ver parte das miñas fortalezas.

## CONTIDO:

AGRADECEMENTOS.....	3
RESUMO.....	6
RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	8
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS .....	9
1. ANTECEDENTES E ESTADO ACTUAL DO TEMA .....	10
Enfermidades Cardiovasculares .....	10
Factores de Risco Cardiovascular .....	11
Adherencia ó tratamento .....	12
Calidade de vida .....	14
Papel da Enfermaría .....	15
Rehabilitación Cardíaca.....	16
Activación do/a paciente.....	17
<b>Táboa IV.</b> Etiqueta do Autocontrol da enfermidade cardíaca.....	18
2. APLICABILIDADE.....	20
3. HIPÓTESE .....	20
Hipótese .....	20
4. OBXECTIVOS .....	21
Obxectivo xeral.....	21
Obxectivos específicos .....	21
5. METODOLOXÍA.....	21
Busca bibliográfica.....	21
Tipo de estudo.....	22
Ámbito e poboación de estudo .....	22
Tamaño da mostra.....	22
Criterios de selección da mostra .....	24
Recollida de datos .....	24
Instrumentos de recollida de datos .....	24
Variables a estudo .....	26
Análise dos datos.....	26
Posibles limitacións .....	27
6. PLAN DE TRABALLO .....	28
<b>Táboa VIII (A).</b> Diagrama de Gantt ca proposta de investigación.....	29

<b>Táboa VIII (B).</b> Diagrama de Gantt ca proposta de investigación .....	29
<b>Táboa VIII (C).</b> Diagrama de Gantt ca proposta de investigación .....	29
<b>Táboa VIII (D).</b> Diagrama de Gantt ca proposta de investigación .....	29
<b>7. ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	30
<b>8. PLAN DE DIFUSIÓN DOS RESULTADOS</b> .....	31
<b>Táboa IX.</b> Difusión de resultados en revistas nacionais e internacionais. ....	31
Fonte: Ranking Cuiden Citacion 2018.....	31
<b>Táboa X.</b> Difusión de resultados en revistas nacionais e internacionais. ....	32
Fonte: InCites Journal Citation Reports .....	32
<b>Táboa XI.</b> Difusión de resultados en asociacións nacionais. ....	32
<b>9. FINANCIAMENTO E INVESTIGACIÓN</b> .....	33
<b>Táboa XII.</b> Memoria económica do proxecto .....	33
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	35
<b>ANEXOS</b> .....	45
<b>ANEXO I. CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN Á REDE DE COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE GALICIA</b> .....	45
<b>ANEXO III. FOLLA DE INFORMACIÓN PARA O/A PARTICIPANTE</b> .....	47
<b>ANEXO IV. DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	50
<b>ANEXO V. CUESTIONARIO PARA VALORAR A ADHERENCIA Ó TRATAMEANTO EN DOENTES TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM): EN RELACIÓN COA SÚA CALIDADE DE VIDA</b> .....	51
<b>FIGURAS</b> .....	58
<b>Figura I.</b> Defuncións a causa de IAM en España no ano 2018. Fonte: Instituto Nacional de Estadística (INE) .....	58
<b>Figura II</b> .....	58
<b>TÁBOAS</b> .....	59
<b>Táboa I.</b> Resumo das principais recomendacións das Directrices do Colexio Americano de Cardioloxía (ACC) e a Asociación Americana do Corazón (AHA), para a prevención primaria de enfermidades cardiovasculares, 2019.....	59
<b>Táboa II.</b> Relación entre as causas de non adherencia (NA) e estratexias para mellorar a adherencia. Fonte: Sociedade Español Farmacia Comunitaria (SEFAC).....	61
<b>Táboa III.</b> Accións para favorecer a adherencia terapéutica .....	62
<b>Táboa VI.</b> Descritores en Ciencias da Saúde.....	63
<b>Táboa VI.</b> Estratexia e resultados da busca bibliográfica .....	64
<b>Táboa VIII.</b> Codificación numérica das variables cualitativas da Sección I do Anexo V. ....	65

## RESUMO

**Antecedentes e estado actual do tema:** O Infarto Agudo de Miocardio (IAM) é un problema de saúde cunha gran prevalencia e repercusión económica nas sociedades desenvoladas. O cambio de vida que experimentan os/as pacientes tras o diagnóstico de IAM, inclúe modificacións no estilo de vida e cambios no tratamento farmacolóxico, ambos inflúen no estado anímico dos/as pacientes e a súa calidade de vida. A evidente baixa adherencia ó tratamento e o rol pasivo dos/as pacientes, son factores que inflúen negativamente na calidade de vida destes. Por todo isto, tentamos describir os factores que se poden modificar mediante estratexias levadas a cabo polo persoal de Enfermería.

**Obxectivo xeral:** Identificar a asociación entre o nivel de adherencia ó tratamento e a calidade de vida relacionada coa saúde, en pacientes diagnosticados de IAM con elevación do segmento ST na Área sanitaria de Ferrol.

**Metodoloxía:** Trátase dun estudo cuantitativo cun deseño descritivo, prospectivo e lonxitudinal. A captación da mostra realizarase mediante unha mostraxe aleatoria simple durante o ingreso hospitalario. Realizarase un análise de cada variable: adherencia ó tratamento, calidade de vida, activación do/a paciente, comorbilidades e datos sociodemográficos.

**Aportacións do estudo:** Describir os factores biopsicosociais que inflúen negativamente na adherencia ó tratamento e as súas repercusións na calidade de vida relacionada coa saúde, ademais, de identificar o nivel de activación dos/as pacientes.

**Palabras clave:** Enfermería, Infarto Agudo de Miocardio, Adherencia ó Tratamento, Calidade de Vida Relacionada coa Saúde e Participación do/a paciente.

## RESUMEN

**Antecedentes y estado actual del tema:** El infarto agudo de miocardio (IAM) es un problema de salud con una alta prevalencia y un impacto económico en las sociedades desarrolladas. El cambio de vida que experimentan los pacientes después del diagnóstico de IAM incluye cambios en el estilo de vida y cambios en el tratamiento farmacológico, los cuales influyen en el estado de ánimo de los pacientes y su calidad de vida. La evidente baja adherencia al tratamiento y el papel pasivo de los pacientes son factores que influyen negativamente en su calidad de vida. Por todo esto, tratamos de describir los factores que pueden modificarse mediante estrategias llevadas a cabo por el personal de Enfermería.

**Objetivo general:** Identificar la asociación entre el nivel de adherencia al tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes diagnosticados con IAM con elevación del segmento ST en el Area sanitaria de Ferrol.

**Metodología:** Se trata de un estudio cuantitativo con un diseño descriptivo, prospectivo y longitudinal. La captación de la muestra se realizará mediante muestreo aleatorio simple durante el ingreso hospitalario. Se realizará un análisis de cada variable: adherencia al tratamiento, calidad de vida, activación del paciente, comorbilidades y datos sociodemográficos.

**Contribuciones al estudio:** Describir los factores biopsicosociales que influyen negativamente en el cumplimiento del tratamiento y sus repercusiones en la calidad de vida relacionada con la salud, además de identificar el nivel de activación de los pacientes.

**Palabras clave:** Enfermería, Infarto Agudo de Miocardio, Adherencia al Tratamiento, Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Participación del Paciente.

## ABSTRACT

**Background and current state of the subject:** Acute Myocardial Infarction (MI) is a health problem with a high prevalence and economic impact on developed societies. The change of life that patients experience after the diagnosis of MI, includes changes in lifestyle and changes in drug treatment, both of which influence the mood of patients and their quality of life. The obvious low adherence to treatment and the passive role of patients are factors that negatively influence their quality of life. For all this, we try to describe the factors that can be modified through strategies carried out by nursing staff.

**Aim:** To identify the association between the level of adherence to treatment and the quality of life related to health, in patients diagnosed with acute myocardial infarction with ST segment elevation, in the health area of Ferrol.

**Methodology:** This is a quantitative study with a descriptive, prospective and longitudinal design. Sampling will be performed by simple random sampling during hospital admission. An analysis of each variable will be performed: adherence to treatment, quality of life, patient activation, comorbidities and sociodemographic data.

**Study contributions:** Describe the biopsychosocial factors that negatively influence treatment adherence and their repercussions on health-related quality of life (HRQOL), in addition to identifying the level of activation of patients.

**Key words:** Nursing, Acute Inferior Myocardial Infarction, Treatment Adherence, Health-Related Quality of Life and Patient Activation.



## ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ACC	American College of Cardiology
AHA	American Heart Association
ASCVD	Enfermidade Cardiovascular Aterosclerótica
CAEIG	Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia
CHUF	Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol
CVRS	Calidade de Vida Relacionada coa Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ECV	Enfermidade Cardiovascular
EPS	Educación para a saúde
FRCV	Factores de Risco Cardiovascular
HDL	Lipoproteínas de Alta Densidade
HTA	Hipertensión Arterial
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IAMCEST	Infarto Agudo de Miocardio Con Elevación do segmento ST
IMC	Índice de Masa Corporal
JCR	Journal Citation Reports
LDL	Lipoproteínas de Baixa Densidade
NA	Non Adherencia
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organización Mundial da Saúde
PA	Presión Arterial
PROGALIAM	Programa Galego de atención do Infarto Agudo de Miocardio
RC	Rehabilitación Cardíaca
REGALIAM	Rexistro Galego do Infarto Agudo de Miocardio
RIC	Repercusión Inmediata Cuiden
SCA	Síndrome Coronario Agudo
SEFAC	Sociedade Española de Farmacia Familiar e Comunitaria
SERGAS	Servizo Galego de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo Condutual

## 1. ANTECEDENTES E ESTADO ACTUAL DO TEMA

### Enfermidades Cardiovasculares

As enfermidades cardiovasculares (ECV) son aquelas que afectan ó corazón ou ós vasos sanguíneos. Constitúen a primeira causa de morte e hospitalización en España, representan o 17% das mortes totais da poboación, mostrando maior prevalencia en mulleres que en homes<sup>1</sup>. Engloba enfermidades como a hipertensión arterial (HTA), accidente cerebrovascular ou enfermidade cardíaca reumática, sendo a cardiopatía isquémica a responsable da primeira causa de defunción a nivel mundial, a pesares de que a taxa de mortalidade segue a descender<sup>2</sup>, afecta a numerosas persoas provocando 14.521 mortes por Infarto Agudo de Miocardio (IAM).<sup>(1,3)</sup> Na **Figura I**, preséntanse graficamente os datos de defuncións por IAM en España no ano 2018.

A manifestación clínica máis frecuente e nociva das enfermidades coronarias é o Síndrome Coronario Agudo (SCA)<sup>4</sup> caracterizado pola acumulación de placa de ateroma nas arterias coronarias, a ruptura ou erosión da placa dexenera nun evento aterotrombótico agudo, o que da lugar ós dous diagnósticos principais: anxina inestable e IAM. Segundo a Organización Mundial da Saúde (OMS), o custo das enfermidades cardiovasculares entre o ano 2011 e 2025 estímase que será do 51%<sup>5</sup> e para finais do ano 2020 o coste total das ECV rondará os 8.800 millóns de euros<sup>6</sup>.

Dende un punto de vista patolóxico, o IAM defínese pola aparición de morte celular miocárdica secundaria a unha isquemia prolongada, xerando así, un desequilibrio no aporte e demanda de osíxeno<sup>7</sup>. Trátase dunha situación de verdadeira urxencia, na que é clave o recoñecemento precoz dos primeiros síntomas para unha maior rapidez de diagnóstico e intervención<sup>4</sup>.

En Galicia, as defuncións por IAM ocupan o terceiro posto<sup>8</sup>, a pesares, do continuo decrecemento da liña de tendencia respecto ós anos anteriores, as enfermidades isquémicas do corazón seguen a ser un serio problema para a sanidade pública<sup>9</sup>. A causa disto, o Servizo Galego de Saúde (SERGAS) xunto co 061 e os servizos centrais, elaboraron un Programa Galego de Atención ao Infarto Agudo de Miocardio Con Elevación do Segmento ST (PROGALIAM)<sup>10</sup>. Co obxectivo de deseñar un protocolo que axilizase a actuación, logrou diminuír a mortalidade dos/das pacientes con IAM con elevación do segmento ST (IAMCEST)<sup>11</sup>. Este programa recompila todos os casos que cumpran cos requisitos nun único Rexistro Galego do Infarto Agudo de Miocardio (REGALIAM).<sup>12</sup>

## Factores de Risco Cardiovascular

Os Factores de Risco Cardiovascular (FRCV) son uns indicadores prognósticos na recorrencia ou empeoramento das diferentes patoloxías cardiovasculares. Pódense clasificar en:

**FRCV non modificables:** son aqueles que van ligados ás condicións xenéticas ou físicas polo que non se poden modificar con cambios no estilo de vida

- Idade: a pesar de que o risco de ECV incrementa coa idade<sup>13</sup>, tamén aumenta a adherencia ó tratamento.<sup>(14,15)</sup>
- Xénero: evidénciase maior risco nos homes que en mulleres, este trócase coa chegada da menopausia.<sup>13</sup>
- Herdanza xenética: ter antecedentes familiares de primeiro grao que sufriron un ataque cardíaco antes dos 65 anos.<sup>13</sup>
- Factores ambientais: a contaminación, nivel socioeconómico baixo, illamento social, ansiedade ou depresión, tamén aumentan o risco de ECV.<sup>13</sup>

**FRCV modificables:** son aqueles que van ligados ó estilo de vida e poden ser modificados con cambios na conducta das persoas:

- Hipertensión Arterial (HTA): causa o 45% das mortes mundiais por cardiopatías, sendo a principal causa de morte<sup>4</sup>, en España os/as pacientes mostran unha baixa adherencia ó tratamento antihipertensivo, arredor do 52%<sup>(14,15)</sup>.
- Control lipídico: Actualmente hai un escaso control lipídico nas consultas de Cardioloxía de España de pacientes con enfermidade vascular aterosclerótica, arredor do 26%.<sup>16</sup>
- Peso: a obesidade ou sobrepeso está fortemente vinculado cunha maior morbimortalidade cardiovascular, por iso se incide na importancia de manter un Índice de Masa Corporal (IMC) < 25 kg/m<sup>2</sup> ou un perímetro de circunferencia para homes ≤94cm. e ≤80cm. en mulleres.<sup>(17,18)</sup>
- Actividade Física: o exercicio físico denominouse como unha “polypill” para as enfermidades cardiovasculares, asociouse cunha redución do risco de morte de entre o 14-17%.<sup>18</sup>
- Alimentación: no ensaio levado a cabo por Rius-Ottenheim et al, demostrou que unha dieta mediterránea baixa en graxas, diminuíu a incidencia da depresión, sendo este, un dos trastornos máis prevalentes entre os/as pacientes tras un IAM. Ademais, asociouse cunha mellora na calidade de vida destes.<sup>19</sup>

- Tabaquismo: recoméndase evitar a exposición ó tabaco en calquera das súas formas, o abandono do consumo de tabaco reduce un 36% o risco de mortalidade cardiovascular. <sup>(17,18)</sup>
- Consumo de alcohol: o análise Global Burden of Disease<sup>(20,21)</sup> conclúe que a inxesta cero de alcohol era o nivel no que se minimizaba o risco de morte e discapacidade.
- Diabetes Mellitus: é unha patoloxía que pode dobrar ou cuadruplicar as probabilidades de desenrolar ECV.<sup>22</sup> A pesar de que o control e redución da hiperglicemia, pode reducir o risco dun evento cardíaco arredor dun 57%<sup>13</sup>, en España os/as pacientes mostran unha baixa adherencia ó tratamento (arredor do 56%).<sup>(14,15)</sup>

A diminución dos FRCV modificables, ligado a unha boa adherencia ó tratamento farmacolóxico, ten como obxectivo reducir os síntomas, previr os eventos cardiovasculares e a mortalidade vascular. Debemos incidir na importancia da educación para a saúde<sup>23</sup>, que englobe cambios no estilo de vida, incorporación dos/as doentes en programas de rehabilitación cardíaca, así como unha boa adherencia ó tratamento. Na **Táboa I**, inclúense as principais recomendacións segundo o Colexio Americano de Cardioloxía (ACC) e a Asociación Americana do Corazón (AHA) do ano 2019.<sup>18</sup>

### Adherencia ó tratamento

A OMS define a adherencia como o grao en que a conduta do/a paciente, en relación coa toma de medicación, o seguimento dunha dieta ou a modificación dos hábitos de vida, se corresponde coas recomendacións acordadas co profesional sanitario.<sup>24</sup> A magnitude e as consecuencias asociadas á falta de cumprimento, sumado co progresivo aumento do número de pacientes pluripatolóxicos e polimedicados, dexeneran nun problema de saúde a nivel mundial, polo que debe considerarse como “diagnosticable e tratable”<sup>(14,15)</sup>. Ademais de xerar un importante impacto económico, en Europa, estímase que a falta de adherencia supón un custo de máis de cen millóns de euros e 200.000 mortes prematuras anuais.<sup>25</sup> A enquisa sobre adherencia terapéutica en España levada a cabo no ano 2016<sup>26</sup>, indica que arredor do 50% dos/das pacientes crónicos/as de España non cumpre correctamente o tratamento prescrito, isto asóciase cunha diminución na calidade e esperanza de vida.<sup>27</sup> Alemán JF e Rueda B<sup>28</sup> constatan, que as mulleres mostran maior adherencia á pauta factores de risco como o tabaco e alcohol, e os homes mostran maior adherencia ó tratamento farmacolóxico. En ambos sexos, apreciouse a ansiedade, como o factor vulnerable máis negativo relacionado coa adherencia ó tratamento.

Adherencia ó tratamento en doentes con enfermidade cardíaca isquémica: relación ca súa calidade de vida

Tras a hospitalización por IAM<sup>29</sup> estímase que arredor de un cada catro pacientes é total ou parcialmente non adherente á súa receita de medicación, incrementando así, un 44% as posibilidades de morte. A adherencia subóptima ligada ós fármacos cardiovasculares contribúe significativamente ó empeoramento de enfermidades e mortes mundiais.<sup>30</sup>

Dado que a mala adherencia é unha barreira importante para acadar o completo potencial dos tratamentos cardiovasculares e modificacións no estilo de vida, o desenrolo e potenciación de medidas rentables para a mellora da adherencia deben ser prioritarias.<sup>30</sup>

A adherencia ó tratamento basease en dous pilares principais: a adherencia referida á intensidade e a persistencia referida á duración; ambos son recursos empregados pola Enfermaría, á hora de elaborar estratexias para a detección temperá de pacientes con baixa adherencia ó tratamento, así como, na educación individualizada destes.<sup>31</sup>

No estudo levado a cabo por Vejar M et al,<sup>32</sup> agrupan os factores que determinan a adherencia, en 5 dimensións:

- Dimensión socioeconómica: demostrouse que o baixo status económico ligado á baixa alfabetización, cun peor nivel de adherencia. Entre estes factores, destaca a idade, detallando que co aumento da idade, aumenta o nivel de adherencia.
- Dimensión do equipo e sistema de saúde: a relación existente entre o paciente e o profesional pode influír na educación, comportamento e motivación deste. Os/As profesionais sanitarios/as deben establecer como obxectivo principal no proceso terapéutico, evitar a inercia terapéutica, é dicir, a pasividade de acción co inicio na modificación do tratamento.
- Dimensión da enfermidade: a presenza de comorbilidades como poden ser a dislipemia, sedentarismo, hipertensión arterial, diabetes.
- Dimensión do tratamento: a polifarmacia, a dosificación e os efectos secundarios, afectan negativamente á adherencia ó tratamento.
- Dimensión do/a paciente: os coñecementos, as crenzas, percepcións, actitudes e expectativas, estruturan o comportamento do/a paciente respecto á súa adherencia. O estado cognitivo e psicolóxico, ademais, da motivación e responsabilidade do/a paciente son fundamentais.

## Calidade de vida

A calidade de vida relacionada coa saúde (CVRS) é unha característica psicosocial moi importante, xa que pode influír na capacidade do doente de xestionar a súa enfermidade.

Defínese calidade de vida como a percepción que ten un individuo sobre a súa posición de vida, no contexto cultural e sistema de valores no que vive, en relación cas súas metas, obxectivos, expectativas, valores e preocupacións. Dende a perspectiva da Enfermaría, a persoa é considerada como unha unidade biopsicosocial-espiritual, é dicir, un ser único con múltiples dimensións; por iso, acadar o equilibrio destas, convértese no obxectivo primordial desta disciplina.<sup>33</sup>

No estudo levado a cabo por Holt EW et al. en pacientes adultos hipertensos, concluíuse que unha baixa CVRS pode chegar a ser unha importante barreira par lograr unha alta adherencia á medicación, sendo os dominios mentais, emocionais e sociais de maior impacto.<sup>34</sup>

No estudo de Lee et al 2018, que ten como obxectivo avaliar a relación entre a adherencia á medicación e as modificacións no estilo de vida e a CVRS en doentes tras IAM, concluíu a existencia de relación da adherencia á medicación tanto ás modificacións no estilo de vida como a CVRS, incidindo na importancia da detección temperá de pacientes con baixa adherencia, co fin de contrarrestalo mediante a implantación de programas de educación motivadores.<sup>31</sup>

A adherencia ó tratamento ten un impacto significativo na CVRS<sup>35</sup>, a pesar de que o cumprimento do tratamento se considere como un resultado intermedio, e a CVRS constitúe o resultado final do tratamento. Ambas débense considerar para a avaliación do impacto das intervencións da saúde.

O estudo máis recente de Krack 2018 et al<sup>36</sup>, baseado no estudo KORINNA, concluíu que a non adherencia (NA) nos pacientes estudados era máis beneficiosa en comparación á si adherencia, debido ós efectos secundarios da medicación. Mostrouse boa adherencia no referente ás visitas médicas pero un maior risco de incumprimento das recomendacións asociadas a enfermidade a ó autocontrol da enfermidade.

Hildegard Seidl et al, conclúe que unha intervención enfermeira pode mostrar un efecto beneficioso significativo para o estado funcional e o risco de desnutrición, asociándose con maior anos de vida axustados por calidade e menores costes.<sup>37</sup>

## Papel da Enfermaría

Durante as 24-48h previas ó alta hospitalaria, os/as pacientes que sufriron un IAM mostran maior necesidade de aprendizaxe<sup>38</sup>; tras o alta, son tratados en calidade de paciente crónico. Outros estudos<sup>(39,40)</sup> recalcan o elevado risco que existe no período de transición entre o alta hospitalaria e o seguimento en consultas, asociando o seguimento tardío cunha peor adherencia ó tratamento.

Neste tipo de pacientes, a atención de Enfermaría, vai dirixida a avaliar e intervir en aspectos como: o afrontamento ó novo estilo de vida, a modificación dos factores de risco, o fortalecemento dos coñecementos acerca da súa enfermidade, os seus coidados, así como, unha xestión eficaz na adherencia ó tratamento. Para desenvolver este tipo de accións, é fundamental a fase de valoración, para a recollida de datos obxectivos e subxectivos que describan o contexto real que a persoa experimenta.<sup>41</sup>

O papel da Enfermaría debe contemplarse dende unha perspectiva salutoxénica<sup>42</sup>, así como no modelo enfermeiro de Nola Pender<sup>43</sup>. Ambos sosteñen que a promoción da saúde intervén na conduta, aptitude e motivacións das persoas, para acadar o estado de saúde desexado.

Actualmente estase a introducir o termo “Nurse coaching”<sup>44</sup>, cuxo obxectivo é conseguir un “paciente activo”, responsable da xestión da súa saúde e coidado; a efectividade desta influencia viuse reflexada en varios estudos,<sup>45</sup> que garanten unha mellora da supervivencia en pacientes crónicos, así como na mellora na adherencia ó tratamento.

A abordaxe da adherencia terapéutica precisa dunha visión multidisciplinar<sup>46</sup>, por iso, a actuación do equipo sanitario debe estar perfectamente sincronizada co/a paciente, o entorno socio-familiar e a comunidade<sup>47</sup>. É importante que os profesionais de Enfermaría identifiquen as diversas dimensións que constitúen ós/ás pacientes tras un IAM fronte a adherencia ó tratamento, co fin de deseñar e establecer estratexias que melloren a súa adherencia e diminúan o risco cardiovascular.

A pesar de que a valoración dos/as pacientes, respecto á comunicación co persoal de Enfermaría é bastante positiva<sup>(14,15)</sup>, débense manter e mellorar as accións de prevención cardiovascular, ademais de traballar na progresiva introdución da “concordancia”. Este recente concepto, considérase sinónimo do termo “coidados centrados no/a paciente”<sup>48</sup>, defende a importancia de lograr un acordo mutuo, mediante un proceso de negociación e decisións compartidas co paciente, co fin de outorgarlle ferramentas para que se adhira de forma voluntaria, respectando as súas crenzas e valores.<sup>49</sup>



No estudo levado a cabo por Rojas-Reyes J. e Flórez-Flórez M.<sup>50</sup> evidénciase unha correlación positiva e significativa entre a CVRS e a adherencia ó tratamento en pacientes con IAM, ademais, expón a relevancia da intervención enfermeira para mellorar a CVRS. Para a mellora da adherencia pódense levar a cabo diferentes tipos de estratexias, como son as accións técnicas, conductuais, educacionais e de apoio social, así como, accións dirixidas ós/ás profesionais, administración e industria.<sup>(14,15)</sup> Na **Táboa II** recóllese a relación entre as causas de NA e as estratexias recomendadas. Na **Táboa III** recóllense as principais estratexias para favorecer a adherencia terapéutica, segundo o Plan de Adherencia ó Tratamento e uso responsable do medicamento levado a cabo pola Sociedade Española de Farmacia Familiar e Comunitaria (SEFAC).<sup>(14,15)</sup>

## Rehabilitación Cardíaca

A rehabilitación cardíaca (RC), identifícase como un elemento central no tratamento dos/as pacientes que sufriron un IAM, cunha recomendación Clase I definida pola AHA e a Sociedade Europea de Cardioloxía (ESC)<sup>(14,15)</sup>

A RC defende dúas intervencións fundamentais: o adestramento físico e a educación para a saúde (EPS), ademais da educación e aporte psicolóxico centrado no cambio de comportamento do estilo de vida, modificación dos factores de risco e benestar psicosocial. Diversas investigacións estudaron a eficacia da RC, demostrando a redución da morbimortalidade, dos custos económicos e melloras na CVRS<sup>51</sup>, ademais, os/as pacientes mostraban maior autoconfianza, xerando unha percepción de benestar, e diminuindo a ansiedade.<sup>52</sup> Todos os aspectos positivos citados, mostran mellores resultados afianzando a RC como un tratamento a longo prazo<sup>53</sup> garantindo o fortalecemento da autoeficacia persoal e a de mantemento.<sup>54</sup>

Segundo de Menárguez et al,<sup>55</sup> estudo nativo do hospital de Elche no que se leva a cabo unha terapia cognitivo-condutual (TCC) en pacientes beneficiarios do programa multidisciplinar de RC, demostrou unha diminución significativa tras a intervención dos principais factores de riscos psicolóxicos que sufrían os/as pacientes, como son a: ansiedade, depresión e ira. Outro estudo levado a cabo por Johansson et al<sup>56</sup> demostrou a eficacia da TCC administrada por Enfermaría en relación coa a mellora da CVRS, así como, da autoestima dos/as pacientes con enfermidades cardiovasculares, vendo factible a súa integración nos servizos clínicos estándar.<sup>(57-58)</sup>



## Activación do/a paciente

Actualmente establécese como obxectivo do equipo de saúde, trocar o rol pasivo dos/as pacientes receptoras de tratamento a un rol activo, outorgándolle á autoxestión da saúde un papel relevante. Un indicador fundamental dos factores que inflúen a autoxestión, é a activación do/a paciente, este defínese como o conxunto de coñecementos, habilidades e confianza que posúen os/as pacientes para participar activamente na xestión e coidados da súa enfermidade. Niveis elevados deste indicador están significativamente relacionados coa mellora na calidade de atención, así como, a redución dos custos económicos<sup>59</sup>

Os comportamentos de autocoidado do/a paciente tales como a modificación no estilo de vida ou a adherencia ó tratamento, poden mellorar o seu estado de saúde tras un IAMCEST. O autocoidado pode requirir coñecementos, habilidades e confianza, termos que se describen colectivamente como “activación do/a paciente”, esta pode ser moi útil para manter e/ou mellorar a CVRS, xa que os pacientes activados son máis propensos a participar en actividades de coidado persoal. Na investigación de Erskine et al 2019, estudouse o nivel de activación en pacientes tras un evento de SCA, chegando á conclusión de que os/as pacientes cun nivel máis baixo de activación tiñan máis posibilidades de experimentar diminucións clinicamente significativas na CVRS.<sup>60</sup>

A intervención da Enfermaría consiste en, brindar a EPS<sup>61</sup> e o apoio clínico necesario, para que o paciente poida evolucionar no seu proceso de adaptación á enfermidade. Ó ser un proceso gradual, no que se busca incrementar gradualmente ó protagonismo e autodeterminación do paciente, débense entender e identificar as diferentes etapas polas que pasa o/a paciente. Estas etapas están influenciadas por factores como a dependencia co persoal sanitario, a inseguridade, as aptitudes emocionais positivas, o coñecemento da enfermidade, a autodeterminación ou a motivación.<sup>62</sup> Tras identificar os problemas de saúde e formular o diagnóstico enfermeiro, definimos os resultados esperados baseados na *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Fíxase como obxectivo, o control da enfermidade cardíaca<sup>63</sup> e o seu tratamento, co fin de evitar a progresión e as posibles complicacións. Na **Táboa IV** recóllense algúns resultados adaptados a este tipo de pacientes.

En definitiva, actualmente as estratexias de Enfermaría deben dirixirse a fomentar a activación dos/as pacientes que sufriron un IAM, así como, a detección temperá de baixa adherencia ó tratamento, xa que, ambos son factores modificables que inflúen na calidade de vida.

### NOC [1617] Autocontrol: enfermidade cardíaca<sup>63</sup>

Resultados	
161701	Acepta o diagnóstico
161702	Busca información sobre métodos para manter a saúde cardiovascular
161703	Participa nas decisión dos coidados sanitarios
161705	Realiza o réxime terapéutico segundo o prescrito
161713	Utiliza medidas preventivas para reducir o risco de complicacións

**Táboa IV.** Etiqueta do Autocontrol da enfermidade cardíaca.  
Fonte: Nursing Outcomes Classification (NOC)

#### Bibliografía máis relevante

As referencias bibliográficas máis importantes son:

1. Prats R, García E, Gil M, Murillo M, Vázquez J, Vergoños A,. *Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria; 2017. Disponible en: [https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia\\_0.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia_0.pdf)*

Esta guía práctica recolle os principais factores causais da non adherencia, así como as estratexias para a identificación de pacientes non adherentes ó tratamento, e estratexias para a promoción da adherencia. Foi levada a cabo por un grupo de traballo composto por diversos expertos/as farmacéuticos/as.

2. *Plan de Adherencia al Tratamiento. Uso responsable del medicamento. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. 2016. Disponible en: [https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos\\_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf)*

Este plan presenta o marco estratéxico para a mellora na adherencia terapéutica e a promoción do uso responsable do medicamento, incluíndo iniciativas e accións necesarias para levalo a cabo. Realizado por un amplo número de sociedades científicas e expertos na materia.

3. Arnett D, Blumenthal R, Albert M, Buroker A, Goldberger Z, Hahn E et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140(11):596-646. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678>

Esta guía recolle as principais directrices para a prevención da enfermidade cardiovascular aterosclerótica, cuxo obxectivo é a mellora na calidade da atención e a adhesión ás recomendacións respectando os intereses dos/as pacientes. Realizada en consenso polo grupo de traballo do ACC e AHA.

4. Massimo F, Arno W, Stefan A, Christian A, Carlos B, Alberico L et al. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Cardio*. 2016; 69 (10): 894-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.004>

Esta guía recolle as recomendacións no desenvolvemento das accións para a prevención da ECV na práctica clínica, ademais, proporciona ós profesionais ferramentas para a promoción de estratexias na redución do risco cardiovascular. Representa o consenso baseado na evidencia do Sexto Grupo de Traballo Conxunto Europeo.

5. Rojas-Reyes J, Flórez-Flórez ML. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan* 2016/02/10; 16 (3): 339. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.5>

Este estudo evidencia unha correlación significativamente estadística, entre a adherencia ó tratamento e a CVRS en pacientes con IAM na poboación de Colombia.

## 2. APLICABILIDADE

No ámbito da Enfermaría é fundamental a EPS, tanto na promoción da saúde como na prevención da enfermidade, polo que é básico coñecer a relación que existe entre a calidade de vida e a adherencia ó tratamento<sup>64</sup>, co fin de describir as súas fortalezas e debilidades:

- A importancia da adherencia ó tratamento para mellor xestión dos factores influentes na calidade de vida relacionada coa saúde.
- A NA á medicación é un factor de risco modificable para a prevención de complicacións.
- Dilucidar os factores psicosociais influentes na calidade de vida en relación coa adherencia ó tratamento.
- A evidencia sinala a eficacia dunha intervención baseada na acción e na planificación do afrontamento para promover o cambio na adherencia en persoas con enfermidade coronaria.
- Mellora na calidade de vida dos/as pacientes.
- Observación da magnitude da responsabilidade dos pacientes respecto co seu estado de saúde.

## 3. HIPÓTESE

Para a realización deste estudo presentamos unha única hipótese central, xa que se trata dun estudo descritivo-relacional, no que hai un coñecemento certo e preciso das variables implicadas.

### Hipótese

H: Os doentes que sufriron un IAMCEST na área sanitaria de Ferrol cunha boa adherencia ó tratamento mostrarán unha mellora significativa na calidade de vida, en comparación cos doentes que non teñen boa adherencia.

## 4. OBXECTIVOS

Os obxectivos desta proposta de investigación son os seguintes:

### Obxectivo xeral

O obxectivo xeral deste estudo consiste en identificar a asociación entre o nivel de adherencia ó tratamento e a calidade de vida relacionada coa saúde, en pacientes diagnosticados de IAMCEST na Área sanitaria de Ferrol.

### Obxectivos específicos

Os obxectivos específicos descritos por este estudo, recóllense por orde ascendente de prioridade.

- Describir se unha correcta adhesión ó tratamento en pacientes tras un IAMCEST inflúe significativamente na mellora da calidade de vida destes.
- Coñecer o compromiso de saúde que posúen os pacientes respecto á súa enfermidade e a responsabilidade que mostran sobre esta.
- Describir como evoluciona a adherencia e a calidade de vida ós tres e doce meses tralo IAM tras o inicio do seguimento.

## 5. METODOLOXÍA

### Busca bibliográfica

Para iniciar este proxecto, realízase unha busca dos descritores en ciencias da saúde, tanto os Medical Subject Headings (MeSH) coma os Descritores en Ciencias da Saúde (DeCS) utilizados, que se recollen na **Táboa V**.

Co obxectivo de localizar información científica sobre o tema de estudio realizouse, unha exhaustiva busca bibliográfica en diferentes bases de datos de ámbito sanitario, como son: PubMed, Cochrane, Scopus, Cuiden, CINAHL, Web of Science e Google Scholar, para a busca de artigos relacionados, recollida na **Táboa VI**.

Esta busca limitouse ós últimos cinco anos, empregando aqueles que estiveran dispoñibles en galego, inglés, español ou portugués.

## Tipo de estudo

Trátase dun estudo cuantitativo cun deseño descritivo (non se realiza ningunha intervención e manipulación das variables), correlacional (analiza a correlación entre as variables), de corte prospectivo (xa que se realiza cara adiante) e lonxitudinal (con recollida de datos en varios momentos). A escolla deste deseño fundamentouse no obxectivo fin do estudo, que neste caso é describir e relacionar as variables que poden afectar á adherencia ó tratamento e a calidade de vida, así como o nivel de activación dos pacientes tras un IAMCEST.

## Ámbito e poboación de estudo

O ámbito de estudo será a poboación da Área Sanitaria de Ferrol<sup>65</sup> que cumpra os criterios de inclusión e exclusión. A Área Sanitaria de Ferrol ocupa a parte norte da provincia de A Coruña, está formada por 20 municipios, 150 parroquias e 690 núcleos de poboación.<sup>66</sup>

Na **Figura II**, mostrase o mapa do área sanitaria de Ferrol.

A captación dos/das participantes realizarase durante os días de ingreso destes, na Unidade de Cardioloxía do Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF) por un proceso de IAM, e que cumpriran requisitos para entrar no PROGALIAM.

## Tamaño da mostra

En todos os estudos un factor moi importante é realizar de forma correcta a selección da mostra a estudo, co fin de ser representativa da poboación estudada. Para isto, seleccionamos unha mostraxe probabilística, máis concretamente, unha mostraxe aleatoria simple. Esta escolla está fundamentada co obxectivo de minimizar o nesgo de selección. Definimos a poboación total como toda persoa diagnosticada de IAM que cumpra os requisitos de acceso ao PROGALIAM, dentro disto, definimos a poboación diana como toda persoa que cumpra os criterios de inclusión e exclusión detallados. Máis concretamente definimos a poboación accesible, como todos os suxeitos voluntarios para participar neste estudo.

Para acceder a esta poboación é necesario acceder ó REGALIAM. Os últimos datos publicados dispoñibles forman parte da última auditoría publicada do REGALIAM publicada por lo SERGAS, grazas á cal podemos obter a mostra orientativa, a partir dos casos recollidos neste programa entre xuño de 2015 e maio de 2017 no área de Ferrol. Estes 2 anos de estudo, tratáronse un total de 181 doentes que cumpriron os requisitos para entrar no PROGALIAM en Ferrol.

Para o cálculo da mostra representativa necesaria para este estudio, empregaremos a seguinte fórmula para afinar a precisión:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- **N:** número de casos totais incluídos no REGALIAM no área de Ferrol, que equivalería a 181 persoas.
- **$Z_{\alpha}^2$ :** nivel de confianza, neste caso empregaríase cun valor de  $1.96^2$ , co obxectivo de garantir unha seguridade do 95%.
- **p:** proporción esperada ou probabilidade de éxito, neste caso ó ser descoñecida o valor será do 50%, que maximiza esa mostra.
- **q:** probabilidade de fracaso, definida como  $q = 1 - p$ , que neste caso será do 50%.
- **d:** precisión é dicir ó máximo erro admisible, neste caso sería do 3%.

Realizando un correcto cálculo da fórmula, precisaríamos arredor de 96 suxeitos, escollidos de forma aleatoria e que cumpran os criterios de inclusión, para poder saturar a mostra. Co fin de axustar o tamaño da mostra as posibles perdas de suxeitos que poidan xurdir, tales como o abandono ou a falta de seguimento, calcularemos a mostra axustado ás perdas, empregaremos a seguinte fórmula:

$$\text{Mostra axustada ás perdas} = n * \frac{1}{1 - R}$$

- **n** = número de suxeitos estimados sen perdas
- **R** = proporción esperada de perdas, que neste caso sería dun 10%

Tras o cálculo correcto da mostra mediante a calculadora Excel para o tamaño mostrai<sup>67</sup> podemos estimar o tamaño da mostra arredor de 107 suxeitos.

## Criterios de selección da mostra

Criterios de inclusión para os doentes serán:

- Ser maior de 18 anos.
- Primeiro episodio de infarto agudo de miocardio con elevación do segmento ST.
- Estar incluído no PROGALIAM e rexistrado no REGALIAM.
- Firmar o consentimento informado.

Criterios de exclusión para as pacientes:

- Presentar diversidade funcional psíquica ou cognitiva que limite a comprensión do estudio ou cumprimentación do cuestionario.
- Estar a tratamento crónico para enfermidades cardiovasculares.
- Estar en seguimento polas consultas externas de Cardioloxía do CHUF.
- Non aceptar participar no estudo de investigación ou non asinar o consentimento informado.

## Recollida de datos

### Instrumentos de recollida de datos

- Procedemento de recollida

Para a captación dos/das suxeitos da mostra, incluíranse aqueles que cumpran os criterios de acceso ó PROGALIAM. A inclusión neste programa será individualizada en función do perfil do/a paciente, ademais, está indicada para aqueles que cumpran os criterios clínicos e electrocardiográficos diagnósticos de IAMCEST, co fin de diminuír o tempo de traslado e reperfusión miocárdica.<sup>10</sup>

O proceso de captación dos suxeitos, realizarase durante o ingreso hospitalario a causa do primeiro IAMCEST. Entregaráselle a folla de información para o participante (**ANEXO III**), así como, o consentimento informado (**ANEXO IV**).

A recollida de datos realizarase durante as consultas externas de Cardioloxía, na cita programada para os tres meses tras o inicio do tratamento e repetirase ós doce meses, co fin de avaliar o fenómeno a través do tempo transcorrido. Para recompilar a información será necesario o acceso á sala anexa á consulta, co obxectivo de proporcionar un escenario parcialmente controlado, outorgando a maior intimidade posible.

A investigadora principal acudirá dúas veces ó mes, ás consultas específicas destinadas ós/ás pacientes incluídos/as no PROGRALIAM.

Adherencia ó tratamento en doentes con enfermidade cardíaca isquémica: relación ca súa calidade de vida



- Instrumento de recollida

O instrumento empregado para a recollida de datos consistirá nunha folla de datos conformada por diversos cuestionarios validados, que están dispoñibles no **(ANEXO V)**. Estes cuestionarios serán entregados os suxeitos aleatorios voluntarios, tras a entrega da información ó paciente e firma do consentimento informado. Serán realizados de forma individual, cunha duración estimada de corenta minutos.

Esta enquisa está conformada polos seguintes cuestionarios:

### Sección I. Datos sociodemográficos

Cuestionario de elaboración propia, composto por doce preguntas pechadas múltiples con resposta única. O fin desta sección é recoller datos sociodemográficos, antecedentes de interese e posibles hábitos relacionados coa saúde. A codificación numérica das variables cualitativas está descrita na **Táboa VII**.

### Sección II. Índice de Comorbilidades de Charlson<sup>68</sup>

Cuestionario empregado co fin de valorar as posibles variables terciarias que poidan xerar un nesgo de confusión, este está composto por 16 ítems cunha codificación propia. Este índice relaciona a mortalidade a longo prazo coa comorbilidade do/a paciente, establecendo a ausencia de comorbilidade: 0-1 punto, comorbilidade baixa: 2 puntos e alta > 3 puntos.

### Sección III. Cuestionario de adherencia o tratamento en pacientes con enfermidade cardiovascular<sup>69</sup>

Trata dun instrumento con 6 dimensión e 29 ítems, cunha puntuación que oscila entre 29 e 174 puntos, relacionando unha maior puntuación cunha mellor adherencia ó tratamento. Este cuestionario foi deseñado para determinar as condutas de adherencia ó tratamento en pacientes con enfermidade cardiovascular isquémica, así como as expectativas e condutas de auto-eficacia, o que permite á enfermería, deseñar e implementar estratexias que permitan, dende diferentes abordaxes, satisfacer as necesidades dos/as pacientes.

### Sección IV. Medición da calidade de vida relacionada ca saúde (EQ-5D)<sup>70</sup>

Instrumento xenérico para a medición da CVRS, composto por dúas partes, a primeira permite definir o estado de saúde, composto por 5 dimensións con 3 niveis de gravidade. A segunda parte consta dunha escala analóxica visual, graduada de 0 a 100 que permite valorar o estado de saúde actual, ademais de obter o índice de utilidade da CVRS.

## Sección V. Medida de Activación do/a Paciente (PAM-13)<sup>71</sup>

Describe o grado de activación dos/as pacientes cun diagnóstico de enfermidade crónica, con fin describir o nivel de responsabilidade e autocoidado que adoptan os/as pacientes fronte a súa enfermidade. Está composto por trece ítems que se organizan en catro niveis que se miden, mediante unha escala empírica de 0 a 100 puntos, relacionando unha maior puntuación coas persoas máis proactivas coa súa saúde, capaces de desenrolar fortes habilidades de autoxestión e resistentes a momentos de estrés ou cambio.

### Variabes a estudo

As variables principais, son:

- Calidade de vida relacionada coa saúde (variable dependente)
- Adherencia ó tratamento farmacolóxico e hábitos de vida saudables (variable predictiva)

Variabes intervintes:

- Activación do paciente
- Datos sociodemográficos (sexo, idade, nivel de escolaridade, poder adquisitivo, situación laboral, antecedentes familiares).
- Diagnósticas: antecedentes de interese (HTA e Dislipemia).
- Comorbilidades (Índice de Comorbilidade de Charlson).

### Análise dos datos

Trala recollida de tódolos datos ata alcanzar a mostra necesaria, procedemos a analizalos. Levarase a cabo un estudo descritivo de todas as variables incluídas no estudo, establecendo un intervalo de confianza cunha seguridade do 95% ( $p < 0,005$ ).

Este proceso, dividirase en dúas fases: na primeira fase realízase un análise univariado, co fin de obter unha descrición inicial das diferentes variables. As variables cuantitativas mostraranse como Media  $\pm$  desviación típica (Media $\pm$ DT). As variables cualitativas analizaranse como valor absoluto e porcentaxe ca estimación do 95% índice de confianza.

A comparación de medias realizarase por medio da t de Student ou test de Mann Whittney, segundo proceda. A asociación de variables cualitativas estimarase por medio do estatístico Chi-cuadrado.

Na segunda fase, realizarase un análise bivariado correlacional para describir a relación e o comportamento das dúas variables, se a variable presenta unha distribución normal empregaremos o coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ), ou Spearman ( $\rho$ ) segundo proceda. Para saber se as variables seguen unha distribución normal, realizarase o test de Kolmogorov Smirnov ou Shapiro-Wilk.

O análise de estes datos presentarase mediante táboas de continxencia, e estudarase a varianza de cada variable, mediante o ANOVA.

Finalmente, cas variables que resultaran ser significativas ou clinicamente relevantes, realizarase un análise multivariado mediante regresión lineal múltiple ou regresión loxística, nos diferentes momentos do seguimento.

O análise de estes datos presentarase mediante táboas de continxencia. Empregarase o programa PSPP, por ser unha aplicación de software libre para o análise estatístico dos datos.

### Posibles limitacións

Tras a formulación da metodoloxía é importante ter en conta os posibles erros sistemáticos que se poidan producir de forma non aleatoria e que poida influír na validez deste estudo, polo que se deben destacar os posibles nesgos<sup>72</sup>:

#### **Nesgo de selección da mostra**

Este nesgo derívase dos criterios de inclusión/exclusión e preséntase como consecuencia da captación de participantes, que se pode producir por non conseguir o tamaño da mostra calculado, afectando a validez externa do estudo. Co fin de minimizalo debemos establecer meticulosamente o tamaño da mostra, cun protocolo estrico para a captación, respectando os criterios de inclusión e exclusión. Para minimizar este nesgo, invitaranse a participar a tódolos doentes ingresados do PROGALIAM durante o período de estudo.

##### ○ Nesgo de autoselección por participantes voluntarios

Este prodúcese como consecuencia de só seleccionar aqueles que se presten como voluntarios, polo que corremos o risco, de que estes suxeitos presenten diferentes características ós non voluntarios. Para minimizalo débese informar detalladamente a todos os suxeitos sobre o obxectivo deste estudo, co fin de recalcar a súa importancia como suxeito a estudo.

### **Nesgo de información**

Este erro xérase debido ós métodos de obtención e análise dos datos, polo que para minimizalo é necesario garantir a comunicación cos suxeitos no idioma que eles demanden, así como dispoñer do cuestionario validado en ambos idiomas cooficiais, que estes datos sexan recollidos polo persoal enfermeiro cualificado e adestrado para tal fin e, ademais, entrevistarse directamente aos doentes.

- **Nesgo de atención ou efecto Hawthorne**

Este presentase cando os suxeitos alteran o seu comportamento ó saber que están sendo observados, co fin de minimizalo débese recalcar que é un instrumento de axuda para saber as fortalezas e debilidades que se lles presentan para a NA ó tratamento.

### **Nesgo de confusión**

Este erro móstrase cando se evidencian terceiras variables que non son controladas e poden xeran confusión coas variables a estudo. Para minimizalo, primeiro, estudaranse a existencia doutras variables, como é a presenza de comorbilidades; para isto, empregouse o Índice de Comorbilidade de Charlson, que forma parte da sección II da enquisa entregada ós suxeitos.

## 6. PLAN DE TRABAJO

Este estudo abarcará un período total de corenta e tres meses, nos que se pode identificar a primeira parte do estudo que sería a elaboración do proxecto cunha duración de cinco meses, e os meses restantes estarían adicados a solicitar os permisos pertinentes e á realización de tal estudo.

Decidiuse ampliar o tempo para a recollida de datos, debido a que a estimación realizada segundo a auditoría de REGALIAM precisaríamos doce meses para a captación total dos suxeitos e outros doce para valorar os seguimento nas consultas de cardioloxía.

O período de difusión de resultados foi estimado arredor de oito meses, pero podería verse afectado pola aprazamento das datas de congresos.

Todas as actividades realizadas, así como a duración son recollidas no seguinte diagrama de Gantt.

2020

FASE	F	M	A	M	X	X	A	S	O	N	D
	E	A	B	A	U	L	G	E	U	O	E
	B	R	R	I	N	L	T	T	T	V	C
BUSCA BIBLIOGRÁFICA	█										
ANÁLISE E INTERPRETACIÓN DA BIBLIOGRAFÍA		█									
DESEÑO DO PROXECTO			█								
PRESENTACIÓN DO PROXECTO				█							
ENVÍO DA DOCUMENTACIÓN Ó CAEIG E CHUF PARA OBTENCIÓN DOS PERMISOS ÉTICOS					█						
RECOLLIDA DE DATOS								█			

Táboa VIII (A). Diagrama de Gantt ca proposta de investigación

2021

FASE	X	F	M	A	M	X	X	A	S	O	N	D
	A	E	A	B	A	U	L	G	E	C	O	E
	N	B	R	R	I	Ñ	L	T	P	T	V	C
BUSCA BIBLIOGRÁFICA	█											
ANÁLISE E INTERPRETACIÓN DA BIBLIOGRAFÍA	█											
RECOLLIDA DE DATOS	█											

Táboa VIII (B). Diagrama de Gantt ca proposta de investigación

2022

FASE	X	F	M	A	M	X	X	A	S	O	N	D
	A	E	A	B	A	U	L	G	E	C	O	E
	N	B	R	R	I	Ñ	L	T	P	T	V	C
BUSCA BIBLIOGRÁFICA	█											
ANÁLISE E INTERPRETACIÓN DA BIBLIOGRAFÍA	█											
RECOLLIDA DE DATOS	█											
ANÁLISE ESTATÍSTICO DOS DATOS										█		
REDACIÓN DO INFORME											█	

Táboa VIII (C). Diagrama de Gantt ca proposta de investigación

2023

FASE	X	F	M	A	M	X	X	A
	A	E	A	B	A	U	L	G
	N	B	R	R	I	Ñ	L	T
PUBLICACIÓN E DIFUSIÓN DOS RESULTADOS	█							

Táboa VIII (D). Diagrama de Gantt ca proposta de investigación

## 7. ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente solicitaremos a autorización para a realización do estudo ó Comité Autonómico Ético de Investigación en Galicia (CAEIG) (**ANEXO I**), tras recibir a aprobación deste, solicitaremos o permiso da Xerencia de Soporte da Área Sanitaria de Ferrol (**ANEXO II**). Tras a obtención de ambos permisos daremos inicio ó estudio.

Co fin de asegurar a protección e defensa da vida e dignidade humana, así como, o dereito a autodeterminación, á intimidade e a confidencialidade o proxecto desenrolarase respectando a Declaración de Helsinki (2017)<sup>73</sup>, documento de referencia que recolle as propostas de principios éticos para a investigación médica en seres humanos, ademais do Convenio de Oviedo (1997)<sup>74</sup>, cuxo obxectivo é a protección da dignidade humana e dereitos humanos, así como, as Pautas Éticas Internacionais para a Investigación Biomédica en seres humanos (2016), guía elaborada polo Consello de Organizacións Internacionais das Ciencias Médicas en colaboración coa OMS.<sup>75</sup>

Tras a captación dos suxeitos, será entregada, de forma individual, a folla de información para os participantes (**ANEXO III**) que recolle o propósito e deseño de estudo, así como un correo electrónico de contacto para aclarar posibles dúbidas. Tras a lectura e comprensión da folla de información, todos os suxeitos que desexen participar deberán firmar de forma voluntaria o consentimento informado (**ANEXO IV**).

Todos os participantes deste estudo serán amparados pola Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais<sup>76</sup>, ademais da Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica. <sup>(77,78)</sup>

## 8. PLAN DE DIFUSIÓN DOS RESULTADOS

Tras a realización de todo estudo é importante deseñar a difusión dos resultados, para a divulgación do traballo realizado. Neste caso seleccionamos diferentes revistas e congresos, de interese para a publicación dos resultados.

As revistas escollidas foron seleccionadas segundo o factor de impacto que presenten no ano 2019.

- Congresos, xornadas ou simposios relacionados.
  - Congreso Nacional da Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC).
  - Congreso Sociedade Galega de Cardiología.
  - EuroHeartCare annual congress of the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP).
  - ESC Preventive Cardiology annual congress of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC).
  - Simposio Internacional de cardiopatía isquémica e críticos cardiovasculares.
  
- Revistas a nivel Iberoamericano, buscadas na base de datos da *Fundación Índex*, empregamos esta base de datos xa que recolle as revistas con maior factor de impacto nas rexións iberoamericanas, estas réxense polo seu propio indicador, denominado *RIC*<sup>79</sup> (*Ranking Cuiden Citacion*). Na seguinte táboa recóllense as revistas seleccionadas, a escolla vese xustificada pola área de estudo de interese, preséntanse seguindo unha orde ascendente segundo o *RIC* do ano 2018.

Revista	País	RIC
<i>Índex de Enfermería</i>	España	1.250
<i>Enfermería global</i>	España	0.675
<i>Enfermería Clínica</i>	España	0.508
<i>Revista Española de Enfermería en Cardiología</i>	España	0.053

**Táboa IX.** Difusión de resultados en revistas nacionais e internacionais.

Fonte: Ranking Cuiden Citacion 2018

- Revistas a nivel internacional, esta busca realizouse a partir da base de datos de *Web of Science*, concretamente empregando *InCites Journal Citation Reports*<sup>80</sup>, que ofrece unha recompilación de revistas a nivel mundial, valorando o seu facto de impacto de forma obxectiva, mediante o *JCR*. Para iniciar a busca, foi empregado o termo “nursing”, dentro dos resultados foron seleccionadas as que máis se adaptaban á área de estudo, na seguinte táboa organízanse por orde descendente do valor de *JCR*.

Revista	País	JCR	Ano
<i>Revista Española de Cardiología</i>	España	5.078	2018
<i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>	Inglaterra	2.490	2019
<i>Journal of Cardiovascular Nursing</i>	USA	2.350	2019
<i>Cardiovascular Pathology</i>	USA	1.700	2019
<i>Gaceta Sanitaria</i>	España	1.340	2019

**Táboa X.** Difusión de resultados en revistas nacionais e internacionais.  
Fonte: InCites Journal Citation Reports

- Asociacións de pacientes con enfermidades cardiovasculares.

Asociación	Rexión
Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC)	Filial galega
Sociedade Galega de Cardiología (SOGACAR)	Galicia
Fundación Española del Corazón (FEC)	Madrid

**Táboa XI.** Difusión de resultados en asociacións nacionais.



## 9. FINANCIAMENTO E INVESTIGACIÓN

Para a realización de todo traballo de investigación é importante estimar os gastos que supoñería a súa realización, así como as fontes de financiación as que podemos optar.

Por isto, se realiza de forma detallada un presuposto con todo o material previsto, cos prezos aproximados do mercado.

RECURSOS	MATERIAL	n	PRECIO (€)/UNIDADE	TOTAL
<b>INFRASTRUCTURA</b>	Sala en consultas externas	1	-	0
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	Suxeitos colaboradores	-	-	0
	Persoa experta en estatística	1	1.500/mes	1.500
<b>MATERIAL FUNXIBLE</b>	Material de oficina:			
	➤ Bolígrafo	16	0.5/ud	8
	➤ Arquivador	8	3/ud	24
	➤ Fotocopias	1000	0.05/ud	50
	➤ Folios	1000	5/500 ud	10
	➤ Caixa	4	-	0
<b>RECURSOS PROPIOS</b>	➤ Portátil	1	-	0
	➤ Teléfono móbil	1	-	0
	➤ Autobús Urbano	-	-	0
	**Billete ida e volta	96	1.5/billete	144
	➤ USB	1	10/ud	10
<b>OUTROS GASTOS</b>	➤ Asistencia á congresos (inscricións, dietas e desprazamentos)			2.500
	➤ Difusión de resultados			1.500
<b>TOTAL</b>				5.746

**Táboa XII.** Memoria económica do proxecto

Unha vez estimado o custo total deste proxecto é importante valorar as posibles fontes de financiación, co fin de poder desenvolver este proxecto no tempo estimado. Para isto detallamos as seguintes fontes de financiación:

- Bolsas de Investigación da Deputación de A Coruña no área de Ciencias da Saúde: estas bolsas están destinadas para as persoas residentes da provincia de A Coruña que queiran realizar un traballo de investigación cunha duración mínima de nove meses. Neste caso realizaríamos a convocatoria no área de Ciencias da Saúde, na que se conceden 3 becas, de aproximadamente 8000 euros. Máis información en: [https://bop.dicoruna.es/bopportal/publicado/2020/04/21/2020\\_0000002416.pdf](https://bop.dicoruna.es/bopportal/publicado/2020/04/21/2020_0000002416.pdf)
- Axudas para a investigación de Ignacio H. De Larramendi da Fundación MAPFRE: esta axuda pode ser accesible para todos/as os/as investigadores/as do ámbito académico, que desexen desenvolver programas de investigación de forma independente a calquera centro que estean adscritos. Para poder acceder a esta axuda, o traballo debe prorrogarse por máis de un ano e pertencer a área da promoción da saúde, dentro da liña temática de “Educación para pacientes”. O rexistro para cumprimentar a solicitude encóntrase dispoñible no seguinte enlace: [https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es\\_es/ayudas-becas-premios/ayudas/investigacion-ignacio-larramendi/](https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/ayudas-becas-premios/ayudas/investigacion-ignacio-larramendi/)
- Convocatoria de Investigación en Saúde “La Caixa”: convocatoria aberta a proxectos de investigación en biomedicina e saúde que teñen por obxectivo identificar e impulsar as iniciativas máis prometedoras, de maior excelencia científica e con máis valor potencial e impacto social, xa sexa en investigación básica, clínica o transnacional. Máis información en: <https://obrasociallacaixa.org/es/convocatoria-la-caixa-proyectos-investigacion-salud>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Defunciones según causa de muerte 2018 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1171&capsel=1171>
2. Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. Rev Esp Cardiol 2013 /06/01;66(6):472-481. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.01.019>
3. Causes of death 2018.[base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial da Saúde. Disponible en: <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/monitor>.
4. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) sobre revascularización miocárdica. Guía ESC/EACTS 2018 sobre revascularización miocárdica. Rev Esp Cardiol. 2019; 72(1):73.e1-e10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.11.012>
5. Organización Mundial da Saúde. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra (Suiza): WHO Document Production Services, 2013. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence=1)
6. AstraZeneca. El coste económico de las enfermedades cardiovasculares desde 2014 a 2020 en seis países europeos. Londres: AstraZeneca; Agosto 2014. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/documentos/coste-economico-de-las-enfermedades-cardiovasculares-desde-2014-2020-en-seis-paises-europeos/>
7. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto. Rev Esp Cardiol. Ene 2019. 72 (1): 72. e1-e27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.11.011>
8. Defunciones por comunidad y ciudad autónoma de residencia, causas (lista reducida), sexo y edad . Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/I0/&file=02001.px#!tabs-mapa>. Acceso Maio 20, 2020
9. Las 15 causas de muerte más frecuentes en España. Disponible en: <https://public.tableau.com/views/CAUSASDEMUERTE1/Dashboard1?:showVizHome=no&.embed=true>. Acceso Mai 20, 2020

10. Servizo galego de saúde. Programa galego de atención do infarto agudo de miocardio con elevación do segmento ST. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2006. Dispoñible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/998/2005.PROGALIAM.pdf>
11. Aldama G, López M, Santás M, Flores X, Piñón P, Salgado J, et al. Impacto en la mortalidad tras la implantación de una red de atención al infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Estudio IPHENAMIC. Rev Esp Cardiol DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.09.013>
12. Servizo galego de saúde. ORDE do 11 de maio de 2015 pola que se crea o Rexistro Galego do Infarto Agudo de Miocardio. Xunta de Galicia. DOG num. 90. Páx. 18955 (15 Mai 2015) Dispoñible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/688/2015.05.15.Orde%20REGALIAM%20DOG%2015%2005%202014.pdf>
13. Risk factors – World Heart Federation. World Heart Federation. Geneva (Switzerland): 2017. Dispoñible en: <https://www.world-heart-federation.org/resources/risk-factors/> Acceso 21, Maio 2020
14. Plan de Adherencia al Tratamiento. Uso responsable del medicamento. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. 2016. Dispoñible en: [https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos\\_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf)
15. Prats R, García E, Gil M, Murillo M, Vázquez J, Vergoñós A,. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria; 2017. Dispoñible en: [https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia\\_0.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia_0.pdf)
16. Escobar C, Anguita M, Arrarte V, Barrios V, Cequier Á, Cosín-Sales J, et al. Recommendations to improve lipid control. Consensus document of the Spanish Society of Cardiology. Revista Española de Cardiología (English Edition) 2020 February 1,;73(2):161-167. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2019.08.012>
17. Massimo F, Arno W, Stefan A, Christian A, Carlos B, Alberico L et al. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Revista Española de Cardiología. 2016; 69 (10): 894-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.004>

18. Arnett D, Blumenthal R, Albert M, Buroker A, Goldberger Z, Hahn E et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140(11):596-646. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678>
19. Rius-Ottenheim N, Kromhout D, Sijtsma FPC, Geleijnse JM, Giltay EJ. Dietary patterns and mental health after myocardial infarction. *PLoS One* 2017-10-16; 12(10). DOI: [10.1371/journal.pone.0186368](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186368)
20. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2018 /11/10;392(10159):1923-1994. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6).
21. Lozano R, Fullman N, Abate D, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2018 /11/10;392(10159):2091-2138. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32281-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32281-5)
22. Cavan D, Harding J, Linnenkamp U, Makaroff L, Magliano D, Ogurtsova K. Diabetes and Cardiovascular disease. *Fedaráción Internacional de Diabetes*. 2020. Disponible en: <https://www.idf.org/cvd>
23. Brotons Cuixart C, Alemán Sánchez JJ, Banegas Banegas JR, Fondón León C, Lobos-Bejarano JM, Martín Rioboó E, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria* 2018 /05/01;50:4-28. DOI:10.1016/S0212-6567(18)30360-3.
24. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: 2003, p.3-171. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.%20pdf?sequence=1>
25. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, Shroufi A, Fahimi S, Moore C, et al. Adherence to cardiovascular therapy: A metaanalysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J*. 2013;34:2940-8. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh295> .

26. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. Madrid. Fundación Farmaindustria; 2016. Disponible en: <https://www.farmaindustria.es/web/documento/encuesta-adherencia-terapeutica-espana/>. Acceso Mai 21, 2020
27. Rafii F, Fatemi NS, Danielson E, Johansson CM, Modanloo M. Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19(2):159-167. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4020025/>
28. Alemán JF, Rueda B. Influencia del género sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Science Direct*. Noviembre 2019;51 (9): 529-535. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.003>
29. Jackeviciu CA, Li P, Tu JV. Prevalence, predictors, and outcomes of primary non adherence after acute myocardial infarction. *Circulation*. 2008; 117 (8): 1028-1036. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.706820>
30. Vallejo-Zambrano C.R, Chonillo-Franco J.A., Vera-Garces L.s, Loor-Loor L.D, Nunizaga Marquez G.A, Medranda-Zambrano R.G. Tratamiento farmacológico en pacientes con problemas cardiovascular. *Polo del Conocimiento*. Septiembre 2018;3(24):169-186. DOI: <https://doi.org/10.23857/pc.v3i9.717>
31. Lee Y, Kim RB, Lee HJ, Kim K, Shin M, Park H, et al. Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2018 -5-22;16. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0921-z>
32. Vejar M, Abufhele A, Varleta P, Araya MV, Escobar E, Fernández M et al. Adherencia farmacológica y prevención secundaria cardiovascular: una de las principales barreras en el tratamiento de la enfermedad aterosclerótica. *Rev Chil Cardiol*. Santiago 2016;35(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602016000300010>
33. Jasso-Soto ME, Pozos-Magaña MG, Cadena-Estrada JC, Oliveira-Arreola SS. Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular. *Rev Enferm Inst Mex* 2017;25(1):9-17. Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/84/308](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/84/308)

34. Holt EW, Muntner P, Joyce CJ, Webber L, Krousel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age Ageing* 2010 -7;39(4):481-487. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afq040>
35. Lourenço L, Rodrigues R, São-João T, Gallani M, Cornélio M. Quality of life of coronary artery disease patients after the implementation of planning strategies for medication adherence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015;23(1):11-19. DOI: [10.1590/0104-1169.0144.2519](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2519)
36. Krack G, Holle R, Kirchberger I, Kuch B, Amann U, Seidl H. Determinants of adherence and effects on health-related quality of life after myocardial infarction: a prospective cohort study. *BMC Geriatr* 2018 -6-7;18. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0827-y>
37. Kirchberger I, Hunger M, Stollenwerk B, Seidl H, Burkhardt K, Kuch B, et al. Effects of a 3-Year Nurse-Based Case Management in Aged Patients with Acute Myocardial Infarction on Rehospitalisation, Mortality, Risk Factors, Physical Functioning and Mental Health. A Secondary Analysis of the Randomized Controlled KORINNA Study. *PLoS One* 2015 -3-26;10(3). DOI: [10.1371/journal.pone.0116693](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116693)
38. Alsaqri SH, Alkuwaisi MJ, Shafie ZM, Aldalaykeh MK, Alboliteeh M. Necesidades de aprendizaje de pacientes con infarto de miocardio saudí: implicaciones para el programa de educación cardíaca. *Epidemiología clínica y salud global* 2020 22 de abril. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.04.015>
39. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication Adherence. *Circulation*. 2009;119 (23):3028-3035. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986>
40. Escobar C, Divisón JA. Importancia de la adherencia al tratamiento. *SEMERGEN - Medicina de Familia* 2017 1 de abril; 43 (3): 236-237 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.021>
41. Zolaque A, Bedoya M, Castaño J. Instrumentos de valoración en enfermería cardiovascular. *Revista Cubana de Enfermería*. 2019; 35(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2019/cnf193n.pdf>
42. Ruano Casado L, Mercé Valls E. Estado actual de la salutogénesis en España: quince años de investigación. *Enfermería Global* 2014 04/;13(34):384-394. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000200018](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200018)



43. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria* 2011 12/;8(4):16-23. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003)
44. American Holistic Nurses Association. Nurse Coaching [Internet] AHNA. 2020. Disponible en: <https://www.ahna.org/Home/Resources/Nurse-Coaching>
45. Delaney C, Bark L. La experiencia del entrenamiento holístico de enfermería para pacientes con afecciones crónicas. *J Holist Nurs* 2019 1 de septiembre; 37 (3): 225-237. DOI: <https://doi.org/10.1177/0898010119837109>
46. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria* 2009 Jun;41(6):342-348. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>.
47. Johansson P, Westas M, Andersson G, Alehagen U, Broström A, Jaarsma T, et al. An Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Program Adapted to Patients With Cardiovascular Disease and Depression: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health* 2019;6(10):e14648. DOI: <https://doi.org/10.2196/14648>
48. Snowden A, Martin C, Mathers B, Donnell A. Concordance: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2014;70(1):46-59. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12147>
49. Bissell P, May CR, Noyce PR. From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Social Science & Medicine* 2004 February 1,;58(4):851-862. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00259-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00259-4)
50. Rojas-Reyes J, Flórez-Flórez ML. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan* 2016; 16 (3): 339. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.5>
51. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler A, Rees K, Martin N, et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology* 2016 January 5,;67(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044>



52. Maldonado-Martín S, Jayo-Montoya JA, Matajira-Chia T, Villar-Zabala B, Goiriena JJ, Aispuru GR. Effects of combined high-intensity aerobic interval training program and Mediterranean diet recommendations after myocardial infarction (INTERFARCT Project): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2018 -3-2;19. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2529-3>
53. Heber S, Sallaberger-Lehner M, Hausharter M, Volf I, Ocenasek H, Gabriel H, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation is associated with a normalization of the heart rate performance curve deflection. *Scand J Med Sci Sports* 2019 -9;29(9):1364-1374. DOI: <https://doi.org/10.1111/sms.13462>
54. Herrera Delgado C, Vargas Olando MO, Rocha-Nieto LM. El rompecabezas de la adherencia al tratamiento. La mirada de los actores: pacientes, familias-cuidadores y equipo de salud. *Enfermería Cardiología* 2019; 26 (78): 57-68. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/cardiologia/articulo/553/el-rompecabezas-de-la-adherencia-al-tratamiento-la-mirada-de-los-actores-pacientes-familias-cuidadores-y-equipo-de-salud/>
55. Antón Menárguez V, Sempere Ripoll JM, Martínez Amorós R. Eficacia de la intervención psicológica en rehabilitación cardíaca. *Medicina de Familia SEMERGEN* 2019 July 1,;45(5):288-294. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.10.006>
56. Johansson P, Westas M, Andersson G, Alehagen U, Broström A, Jaarsma T, et al. An Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Program Adapted to Patients With Cardiovascular Disease and Depression: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health* 2019;6(10):e14648. DOI: <https://doi.org/10.2196/14648>
57. Reavell J, Hopkinson M, Clarkesmith D, Lane DA. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Patients With Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine* 2018 October;80(8):742–753. DOI: <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000626>
58. Norlund F, Wallin E, Olsson EMG, Wallert J, Burell G, Essen Lv, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Symptoms of Depression and Anxiety Among Patients With a Recent Myocardial Infarction: The U-CARE Heart Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 2018;20(3):e88. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.9710>

59. Gollubinski V, Oppel EM, Schreyögg J. Una revisión sistemática del alcance de los factores psicosociales y psicológicos asociados con la activación del paciente. Patient Education and Counseling. Alemania 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.005>
60. Erskine NA, Gandek B, Waring ME, Kinney RL, Lessard DM, Devereaux RS, et al. Survivors of an Acute Coronary Syndrome with Lower Patient Activation Are More Likely to Experience Declines in Health-Related Quality of Life. J Cardiovasc Nurs 2018;33(2):168-178. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000429> .
61. Paz VP, Mantovani MDF, Mercês, Nen Nalú Alves Das, Mazza VdA, Silva, Ângela Taís Mattei da. Health Literacy and Care After Acute Myocardial Infarction. EasyChair Preprint Abril 28, 2020: 3289. Disponible en: [https://easychair.org/publications/preprint\\_english/1HVv](https://easychair.org/publications/preprint_english/1HVv)
62. Graffigna G, Barello S, Bonanomi A. El papel del modelo de compromiso de salud del paciente (Modelo PHE) en la activación del paciente y adherencia a la medicación: un modelo de educación estructural. PLoS ONE. Italia 2017;12(6) DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179865>
63. Moorhead S, Johnson M, Swanson E, Mass ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. 5ª Ed. España: Elsevier; 2014.
64. Lourenço, Laura Bacelar de Araujo, Rodrigues RCM, Ciol MA, São-João TM, Cornélio ME, Dantas RAS, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of planning strategies in the adherence to medication for coronary artery disease. Journal of Advanced Nursing 2014;70(7):1616-1628. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12323>
65. Xunta de Galicia. Decreto del DOG nº 204 de 2019/10/25. Disponible en: [https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2019/20191025/AnuncioC3K1-181019-0003\\_es.html](https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2019/20191025/AnuncioC3K1-181019-0003_es.html).
66. Memoria 2018 da Área Sanitaria de Ferrol [Internet]. Xunta de Galicia: 2019. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?Idioma=es&IDCatalogo=2802&IdPaxina=40008>
67. Pita S. Determinación do tamaño mostral [Internet] Fisterra:2010. Disponible en: <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral/>

68. Núñez JE, Núñez E, Fácila L, Bertomeu V, Llàcer À, Bodí V, et al. Papel del índice de Charlson en el pronóstico a 30 días y 1 año tras un infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol 2004;57(9):842-849. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-papel-del-indice-charlson-el-articulo-13065652>
69. Andrade Méndez B, Céspedes Cuevas V. Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. Enfermería universitaria 2017 Dec 1,;14(4):266-276. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.10.001>
70. Moreira E, Pintos N, Arteaga MD, Negreira ST, Roza RD, Albornoz H, et al. Infarto agudo de miocardio lejos de los centros de hemodinamia, percepción de la calidad de vida postratamiento con fibrinolíticos y factores relacionados. Revista Uruguaya de Cardiología 2019 04/;34(1):108-130. DOI: <https://doi.org/10.29277/cardio.34.1.9>
71. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure. Health Services Research 2005 Dec;40(6p1):1918-1930. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x>.
72. Manterola C e Otzen T. Los sesgos en investigación clínica. Int. J. Morphol., 33(3):1156-1164, 2015. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v33n3/art56.pdf>
73. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2020. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
74. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina . Oviedo : Secretaría General del Consejo de Europa; 1996.
75. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Council for International Organizations of Medical Sciences: 2016. Disponible en: <https://cioms.ch/publications/product/pautas-eticas-internacionales-para-la-investigacion-relacionada-con-la-salud-con-seres-humanos/>
76. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. España: Boletín Oficial del Estado ; 2018
77. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. España: Boletín Oficial del Estado ; 2002.

78. Serrano B, Ángel M. Requisitos éticos en los proyectos de investigación. Otra oveja negra. Semin Fund Esp Reumatol 2010 /01/01;11(1):7-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2009.09.005>
79. Fundación INDEX. Ranking Cuiden Citation. [Internet]. CiberIndex: 2017. Disponible en: [http://www.index-f.com/cuiden\\_cit/citacion.php](http://www.index-f.com/cuiden_cit/citacion.php)
80. Web of Science. Journal Citation Reports [Internet]. Clarivate:2020. Disponible en: [https://www.udc.es/es/biblioteca/recursos\\_informacion/bases\\_de\\_datos/nova\\_wos](https://www.udc.es/es/biblioteca/recursos_informacion/bases_de_datos/nova_wos)

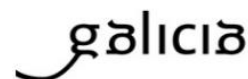
## ANEXOS

## ANEXO I. CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN Á REDE DE COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE GALICIA



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

Xerencia do Servizo  
Galego de Saúde



## CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A LA RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/D<sup>a</sup>: María Raquel Rey Rodríguez

con teléfono: [REDACTED]

y correo electrónico: [REDACTED]

**SOLICITA** la evaluación de:

- Estudio nuevo de investigación  
 Respuesta a las aclaraciones solicitadas por el Comité  
 Modificación o Ampliación a otros centros de un estudio ya aprobado por el Comité

**DEL ESTUDIO:**

Título:

Adherencia ó tratamento en doentes tras un Infarto Agudo de Miocardio (IAM): relación coa súa calidade de vida

Promotor: María Raquel Rey Rodríguez

- MARCAR si el promotor es sin ánimo comercial y confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas de la Comunidad Autónoma de Galicia (más información en la web de comités)

Tipo de estudio:

- Ensayo clínico con medicamentos  
 Investigación clínica con producto sanitarios  
 Estudio Posautorización con medicamento de seguimiento Prospectivo (EPA-SP)  
 Otros estudios no catalogados en las categorías anteriores.

Investigadores y centros en Galicia:

Investigador principal: María Raquel Rey Rodríguez

Centros: Facultade de Enfermería e Podoloxía de Ferrol

Y adjunto envío la documentación en base a los requisitos que figuran en la web de la Red Gallega de CEIs, y me comprometo a tener disponibles para los participantes los documentos de consentimiento aprobados en gallego y castellano.

Fecha: -

Firma: -

**Red de Comités de Ética de la Investigación**  
**Xerencia Servizo Galego de Saúde**

## ANEXO II. SOLICITUDE DE PERMISO Á XERENCIA DA ÁREA SANITARIA DE FERROL

Estimado/a Director da Área Sanitaria de Ferrol,

O meu nome é María Raquel Rey Rodríguez, con DNI [REDACTED], graduada en Enfermería, escribolle en calidade de investigadora principal da proposta de investigación “*Adherencia ó tratamento en doentes tras un Infarto Agudo de Miocardio (IAM): en relación coa súa calidade de vida*”.

Solicito á Dirección de Procesos de Soporte da Área Sanitaria de Ferrol permiso de acceso á mostra descrita para a recollida dos datos necesarios para levar a cabo o estudo.

Adxunto o informe do CAEIG e unha táboa resumo cos principais datos da proposta por se fora do seu interese.

<b>DATOS INVESTIGADORA</b>	<b>Nome</b>	María Raquel
	<b>Correo electrónico</b>	[REDACTED]
	<b>Titulación</b>	Enfermería
<b>TÍTULO DO ESTUDO</b>	Adherencia ó tratamento en doentes tras un Infarto Agudo de Miocardio: en relación coa súa calidade de vida	
<b>OBXECTIVO PRINCIPAL</b>	O obxectivo xeral deste estudo consiste en identificar a asociación entre o nivel de adherencia ó tratamento e a calidade de vida relacionada coa saúde, en pacientes diagnosticados de IAM no área sanitaria de Ferrol.	
<b>ÁMBITO E MOSTRA</b>	A mostra estará conformada por pacientes diagnosticados de Infarto Agudo de Miocardio incluídos no PROGALIAM, adherentes ás consultas especializadas de cardioloxía do CHUF.	
<b>INTERVENCIÓN</b>	Entregaráselle os/as participantes un cuestionario para valorar a adherencia ó tratamento, que consta de cinco seccións, composta por cuestionarios validados e un de elaboración propia para a recollida de datos sociodemográficos.	

Ferrol, a.....de.....de 20.....

Fdo. María Raquel Rey Rodríguez

## ANEXO III. FOLLA DE INFORMACIÓN PARA O/A PARTICIPANTE

- Título do estudo: Adherencia ó tratamento en doentes tras un Infarto Agudo de Miocardio (IAM): en relación coa súa calidade de vida
- Investigadora: María Raquel Rey Rodríguez
- Centro: Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre **un estudo de investigación** no que se lle convida a participar. Este estudo foi aprobado polo Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia.

Se decide participar no mesmo, debe recibir información personalizada da investigadora, **ler antes este documento** e facer todas as preguntas que precise para comprender os detalles sobre o mesmo. Se así o desexa pode levar o documento, consúltalo con outras persoas e tomar o tempo necesario para decidir se participa ou non.

A participación neste estudo é completamente **voluntaria**. Vde. pode decidir non participar ou, se aceptase a facelo, cambiar de parecer retirando o consentimento en calquera momento sen dar explicacións. Asegurámoslle que esta decisión non afectará á relación cos/cas profesionais sanitarios/as que lle atenden nin á asistencia sanitaria á que Vde. ten dereito.

### **Cal é a finalidade do estudo?**

O obxectivo deste estudo é observar se unha boa adherencia ó tratamento en pacientes que sufriron un Infarto Agudo de Miocardio tras o primeiro ano de diagnóstico pode mellorar a calidade de vida, ademais de observar o compromiso que ten vostede respecto a súa saúde.

### **Por que me ofrecen participar a min?**

Vostede é convidado/a a participar porque foi diagnosticado de Infarto Agudo de Miocardio, e consideramos que este estudo pode xerar beneficios respecto a súa calidade de vida.

**En que consiste a miña participación?**

Se vostede acepta participar, será escollido de forma aleatoria entre o resto dos/das voluntarios/as que cumplan cos mesmos criterios. Cando acuda á primeira visita da consulta de cardioloxía ós tres meses, entregarásele unha enquisa, conformada por cinco seccións, a primeira recolle datos sociodemográficos, antecedentes e outros datos de interese; a segunda ten como obxectivo relacionar a mortalidade a longo prazo coa presenza doutras enfermidades; a terceira está conformada por un cuestionario que mide o cumprimento do seu tratamento; a cuarta trata dun cuestionario sobre a súa calidade de vida, específico para pacientes que sufriron un evento cardíaco isquémico, finalmente a quinta ten como obxectivo observar o compromiso que ten vostede respecto ó seu estado de saúde. Esta enquisa, será repetida na segunda visita á consulta de cardioloxía, arredor dos doce meses.

**Que molestias ou inconvenientes ten a miña participación?**

A súa participación non implica molestias nin costes por desprazamento adicionais, xa que a intervención realizarase tras a consulta de seguimento de cardioloxía, nunha sala anexa a esta e terá unha duración aproximada de 20-40 minutos.

**Obterei algún beneficio por participar?**

Si, o obxectivo deste estudo é que vostede perciba unha mellora na calidade de vida ó mellorar a adherencia ó tratamento, ademais de contemplar a magnitude da responsabilidade que exerce sobre a súa enfermidade.

**Recibirei a información que se obteña do estudo?**

Se o desexa, facilitaráselle un resumo dos resultados do estudo.

**Publicaranse os resultados deste estudo?**

Os resultados deste estudo serán remitidos a publicacións científicas para a súa difusión, pero non se transmitirá ningún dato que permita a identificación dos/as participantes.



### **Como se protexerá a confidencialidade dos meus datos?**

A recollida, tratamento, conservación, comunicación e cesión dos seus datos farase conforme ao disposto no Regulamento Xeral de Protección de Datos (Regulamento UE 2016-679 do Parlamento europeo e do Consello, do 27 de abril de 2016) e a normativa española sobre protección de datos de carácter persoal vixente. A normativa, outórgalle o dereito para acceder aos seus datos, opoñerse, corrixilos, cancelalos, limitar o seu tratamento, restrinxir ou solicitar a supresión dos mesmos. Para exercer estes dereitos pode Vde. Dirixirse á investigadora principal deste estudo no correo electrónico:

████████████████████

Exclusivamente a investigadora e as autoridades sanitarias, que teñen o deber de gardar a confidencialidade, terán acceso a todos os datos recolleitos polo estudo. Poderase transmitir a terceiros información que non poida ser identificada. No caso de que algunha información transmítase a outros países, realizarase cun nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, ao establecido pola normativa española e europea.

Ao rematar o estudo, os datos recolleitos serán eliminados ou gardados anónimos para o seu uso en futuras investigacións segundo o que vostede escolla na folla de firma do consentimento.

### **Existen intereses económicos neste estudo?**

A investigadora non recibirá retribución específica pola dedicación ao estudo. Vostede. non será retribuído por participar

### **Como contactar co equipo investigador deste estudo?**

Vostede pode contactar con María Raquel Rey Rodríguez na seguinte dirección de correo:

████████████████████ ou tamén co seguinte contacto telefónico: ██████████

**Moitas grazas pola súa colaboración**

## ANEXO IV. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

Título do estudo: Adherencia ó tratamento en doentes tras un Infarto Agudo de Miocardio (IAM): en relación coa súa calidade de vida

Eu,.....

- Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar coa investigadora principal e facer todas as preguntas sobre o estudo.
- Comprendo que a miña participación é voluntaria, e que podoo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos meus coidados médicos.
- Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para participar neste estudo.

Referente ao uso e conservación dos datos posterior ó estudo, declaro que:

- NON** accedo a que os meus datos sexan conservados unha vez finalizado o estudo
- SI** accedo a conservación de forma anónima dos meus datos para usos futuros noutras investigacións

En relación ós resultados do estudo, desexo:

- NON** coñecer os resultado do estudo
- SI** coñecer os resultados do estudo

O/a participante,

A investigadora principal,

Asdo:

Asdo: María Raquel Rey Rodríguez

Data: ...../...../.....

Data: ...../...../.....

## ANEXO V. CUESTIONARIO PARA VALORAR A ADHERENCIA Ó TRATAMEANTO EN DOENTES TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM): EN RELACIÓN COA SÚA CALIDADE DE VIDA\_

\*\*Antes de cumprimentar o cuestionario debe saber que é totalmente **anónimo** e **voluntario**.

\*\*Solicitamos a súa colaboración para valorar a adherencia ó tratamento en pacientes tras o seu primeiro episodio de isquemia miocárdica, en relación coa súa calidade de vida.

### **Sección I. Información sociodemográfica**

Nesta primeira sección do cuestionario, recollerase a información relativa a datos sociodemográficos e antecedentes de interese. Pégase que responda con total sinceridade.

*Marque cunha "X" o casilleiro da resposta escollida*

#### **NIVEL ACADÉMICO**

Alfabetización	<input type="checkbox"/>	Educación Primaria	<input type="checkbox"/>	Educación secundaria	<input type="checkbox"/>	Formación profesional	<input type="checkbox"/>	Educación superior	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

#### **IDADE (anos)**

18-39	<input type="checkbox"/>	40-49	<input type="checkbox"/>	50-59	<input type="checkbox"/>	60-69	<input type="checkbox"/>	70-79	<input type="checkbox"/>	≥80	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-----	--------------------------

#### **SEXO**

Masculino	<input type="checkbox"/>	Feminino	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	----------	--------------------------

#### **ANTES DE PRODUCIRSE O INFARTO, ESTABA DIAGNOSTICADO/A DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Si	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

#### **ANTES DE PRODUCIRSE O INFARTO, ESTABA DIAGNOSTICADO/A DE DISLIPEMIA**

Si	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

#### **ANTECEDENTES DE ENFERMIDADES CARDIOVASCULARES EN FAMILIARES DE PRIMEIRO GRADO**

Si	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

#### **PODER ADQUISITIVO EN RELACIÓN CO NÚMERO DE HABITACIÓNS DA SÚA VIVENDA**

Baixo (≤ 2 habt)	<input type="checkbox"/>	Medio-Baixo (3 habt)	<input type="checkbox"/>	Medio (4 habt)	<input type="checkbox"/>	Medio-Alto (≥ 5 habt)	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

#### **SITUACIÓN LABORAL**

Activo/a	<input type="checkbox"/>	Parado/a	<input type="checkbox"/>	Xubilado/a	<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------

## **Sección II. Índice de comorbilidade de Charlson**

Neste segundo apartado búscase estimar a esperanza de vida ós dez anos, en relación coa presenza das seguintes enfermidades.

*Marque cunha "X" o casilleiro da resposta escollida*

<b>Enfermidades que presento</b>	<b>SI</b>	<b>NON</b>
<b>Infarto de miocardio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Insuficiencia cardíaca conxestiva</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enfermidade vascular periférica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Accidente cerebrovascular ou ataque isquémico transitorio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Demencia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EPOC</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enfermidade do tecido conectivo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Úlcera péptica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hemiplexia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enfermidade Renal Crónica moderada a severa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leucemia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Linfoma</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SIDA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enfermidade do fígado</b>	<p>En caso de ser afirmativo seleccione cunha "X" a estadía na que se encontra</p> <p>LEVE <input type="checkbox"/>      MODERADO <input type="checkbox"/>      SEVEIRO <input type="checkbox"/></p>	
<b>Diabetes mellitus</b>	<p>En caso de ser afirmativo seleccione cunha "X" a estadía na que se encontra</p> <p>CONTROLADO POR DIETA <input type="checkbox"/>      SEN COMPLICACIÓNS <input type="checkbox"/>      DANO ÓRGANO DIANA <input type="checkbox"/></p>	
<b>Tumor sólido</b>	<p>En caso de ser afirmativo seleccione cunha "X" a estadía na que se encontra</p> <p>LOCALIZADO <input type="checkbox"/>      METASTÁSICO <input type="checkbox"/></p>	
<b>Puntuación</b>		

### Sección III. Cuestionario para medir a adherencia ó tratamento de pacientes con enfermidade cardiovascular

Nesta sección, é necesario que responda con total sinceridade as seguintes cuestións expostas con respecto o tratamento imposto **tras** o episodio miocárdico.

Marque cunha “X” o casilleiro da resposta escollida

<b>NUNCA</b> (0 días/semana)	<b>POUCAS VECES</b> (1-2 días/semana)	<b>ALGUNHAS VECES</b> (3-4 días/semana)	<b>CASE SEMPRE</b> (5-6 días/semana)	<b>SEMPRE</b> (7 días/semana)
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Nº</b>	<b>ÍTEM</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Tomo os meus medicamentos no horario establecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tomo todos os meus medicamentos diariamente segundo a orde médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Por algún motivo suspendo os meus medicamentos sen a indicación do persoal sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sigo as instrucións do persoal sanitario sobre a miña dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Evito comer graxa na miña dieta (polo con pel, fritos, envasados, leite enteira, alimentos precociñados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Evito comer fariñas e azucres na miña dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Como alimentos baixos en sal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Por algunha razón, deixo de seguir as recomendacións dietéticas dadas polo persoal sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Realizo o exercicio físico indicado polo persoal sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Por algún motivo suspendo o exercicio físico sen a indicación do persoal sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Fago exercicio físico polo menos 3 veces por semana, cunha duración mínima de 30 minutos cada vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Fago actividades que me axudan a xestionar situacións de tensión ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	de estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Cando estou angustiado fago algo para axudarme a sentirme mellor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Asisto a consultas médicas programadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Asisto a revisións programadas de enfermaría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Realizo probas de laboratorio e outros exames nos períodos que os profesionais sanitarios indican	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Estou a ver calquera signos ou síntomas que mostren un deterioro na miña saúde, como por exemplo: dor no peito, presión arterial alta ou baixa, palpitacións, asfixia ou fatiga, inchazo dos brazos e das pernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Necesito que outras persoas me lembren que debo tomar os meus medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Necesito que outras persoas me lembren que debo seguir a dieta ordenada polo persoal sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Necesito que outras persoas me lembren que debo facer o exercicio físico que lle ordene o persoal sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Se en pouco tempo non amosa mellora na miña saúde, paro os meus medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Se en pouco tempo non amosa mellora na miña saúde, suspendo o exercicio físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Podo manexar situacións de tensión ou estresantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Son capaz de cambiar comportamentos que son prexudiciais para a miña saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Cumprín o tratamento da miña enfermidade aínda que pareza complicado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Fago o mellor para mellorarme cando estou enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Son capaz de seguir as instrucións do persoal sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Con que frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Cantas veces fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Sección IV. Cuestionario de saúde (EQ-D5)**

Nesta sección do cuestionario está dirixida para as persoas que sobreviviron a un IAM, co fin de recoller datos relacionados co seu estilo de vida. Prégase que responda coa maior sinceridade mostrando un fiel reflexo da realidade.

*Marque cunha "X" a única resposta que defina o seu estado de saúde **hoxe***

#### **Mobilidade**

Non teño problemas para camiñar	<input type="checkbox"/>
Teño algúns problemas para camiñar	<input type="checkbox"/>
Teño que estar na cama	<input type="checkbox"/>

#### **Coidado persoal**

Non teño problemas co coidado persoal	<input type="checkbox"/>
Teño algúns problemas para lavarme ou vestirme só/soa	<input type="checkbox"/>
Son incapaz de lavarme ou vestirme só/soa	<input type="checkbox"/>

#### **Dor ou malestar**

Non teño dor nin malestar	<input type="checkbox"/>
Teño moderado dor ou malestar	<input type="checkbox"/>
Teño moita dor ou malestar	<input type="checkbox"/>

#### **Ansiedade e depresión**

Non estou ansioso/a nin deprimido/a	<input type="checkbox"/>
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>
Estou moi ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>

Marque cunha "X" a única resposta que defina o seu estado de saúde **de todos os días**  
 (ex: traballar, estudar, facer tarefas domésticas, actividades familiares ou realizadas no tempo libre)

**Actividades diarias**

Non teño problemas para realizar as miñas actividades de tódolos días	<input type="checkbox"/>
Teño algúns problemas para realizar as miñas actividades de tódolos días	<input type="checkbox"/>
Son incapaz de realizar as miñas actividades de tódolos días	<input type="checkbox"/>

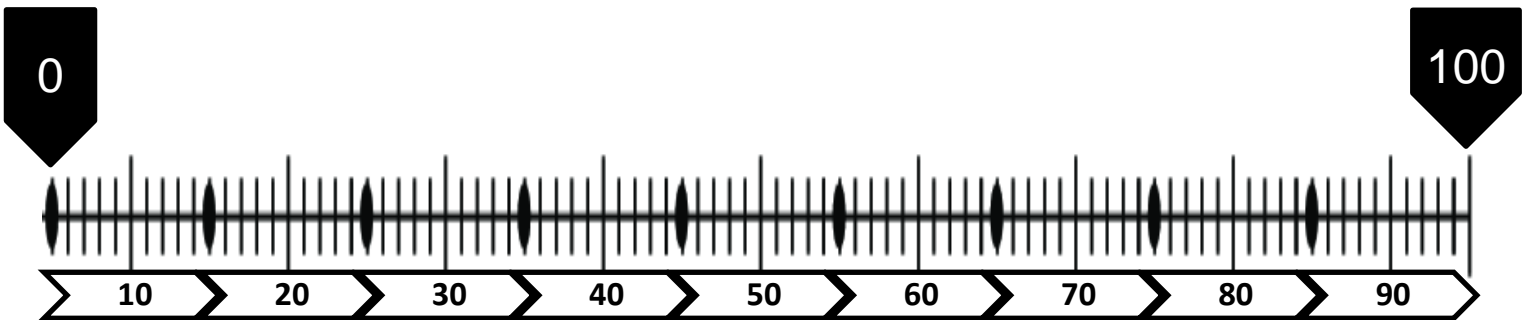
Para axudar a describir o seu estado de saúde, empregamos esta escala parecida a un termómetro no cal se marca con unha puntuación de 100 o mellor estado de saúde que poida imaxinarse, e cun 0 o peor estado de saúde que poida imaxinarse.

Prégase que marque na escala cun punto, que indique baixo o seu punto de vista o bo ou malo que é o seu estado de saúde **hoxe**. Ademais de marcalo na escala, pode inserir o número aproximado na caixa que se sitúa aquí debaixo.

**SEU ESTADO DE SAÚDE HOXE**

↓

(escriba o valor numérico estimado)





### **Sección V. Medición da activación da paciente (PAM13)**

Nesta última sección do cuestionario, búscase examinar o nivel de empoderamento que mostra como paciente tras sufrir un infarto agudo de miocardio.

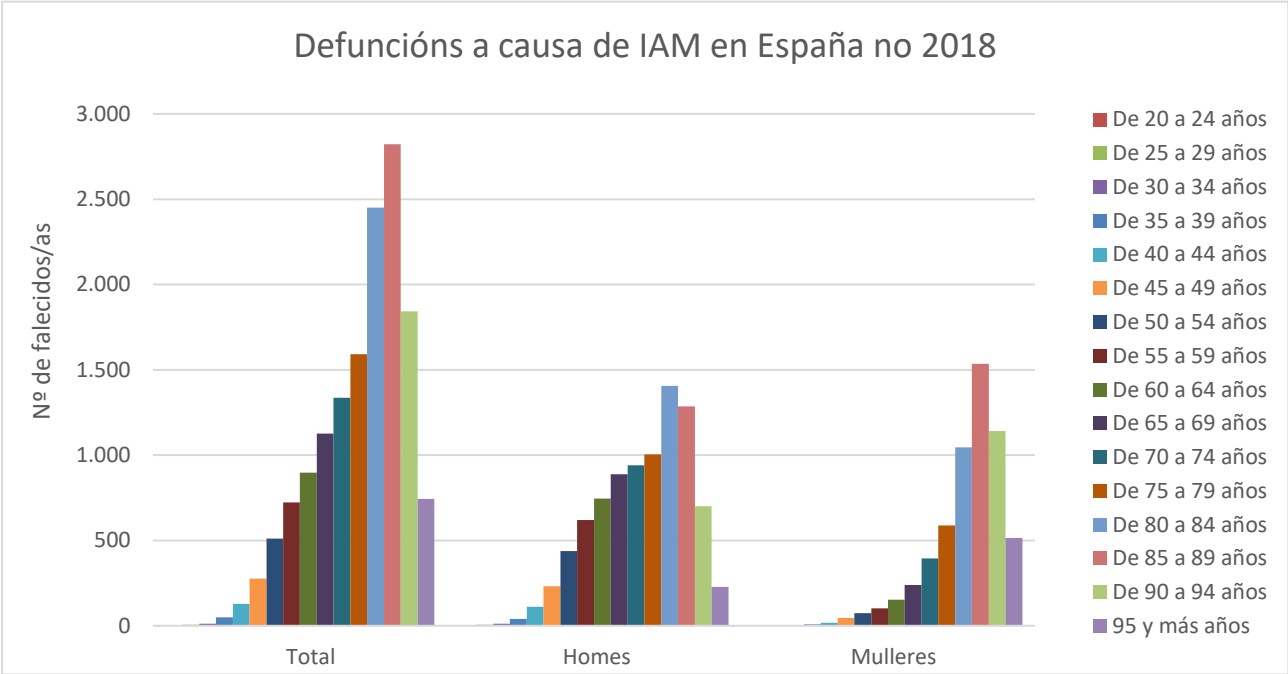
Escriba o número do 1 ó 5 no casilleiro, segundo a resposta escollida

<b>NUNCA</b> (0 días/semana)	<b>POUCAS VECES</b> (1-2 días/semana)	<b>ALGUNHAS VECES</b> (3-4 días/semana)	<b>CASE SEMPRE</b> (5-6 días/semana)	<b>SEMPRE</b> (7 días/semana)
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Nº</b>	<b>ÍTEM</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Cando todo está decidido, son a persoa responsable de controlar o meu estado de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tomar un papel activo na miña propia atención médica é o factor máis importante para determinar a miña saúde e a miña capacidade para funcionar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Estou seguro/a de que podoo tomar medidas que axuden a previr ou minimizar algúns síntomas ou problemas asociados co meu estado de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sei o que fai cada un dos meus medicamentos recitados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Estou seguro/a de que podoo saber cando necesito buscar atención médica e cando podoo manexar un problema de saúde eu mesma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Estou seguro/a de que podoo dicirle ao meu provedor/a de atención médica as preocupacións que teño mesmo cando el/ela non preguntan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Estou seguro/a de que podoo seguir cos tratamentos médicos que necesito facer en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Entendo a natureza e as causas das miñas afeccións de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Coñezo as diferentes opcións de tratamento médico dispoñibles para o meu estado de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Puiden manter os cambios de estilo de vida para a miña saúde que fixen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Sei como previr máis problemas co meu estado de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Estou seguro/a de que podoo atopar solucións cando xurdan novas situacións ou problemas co meu estado de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Estou seguro/a de que podoo manter os cambios no estilo de vida, como a dieta e o exercicio, mesmo en momentos de tensións	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

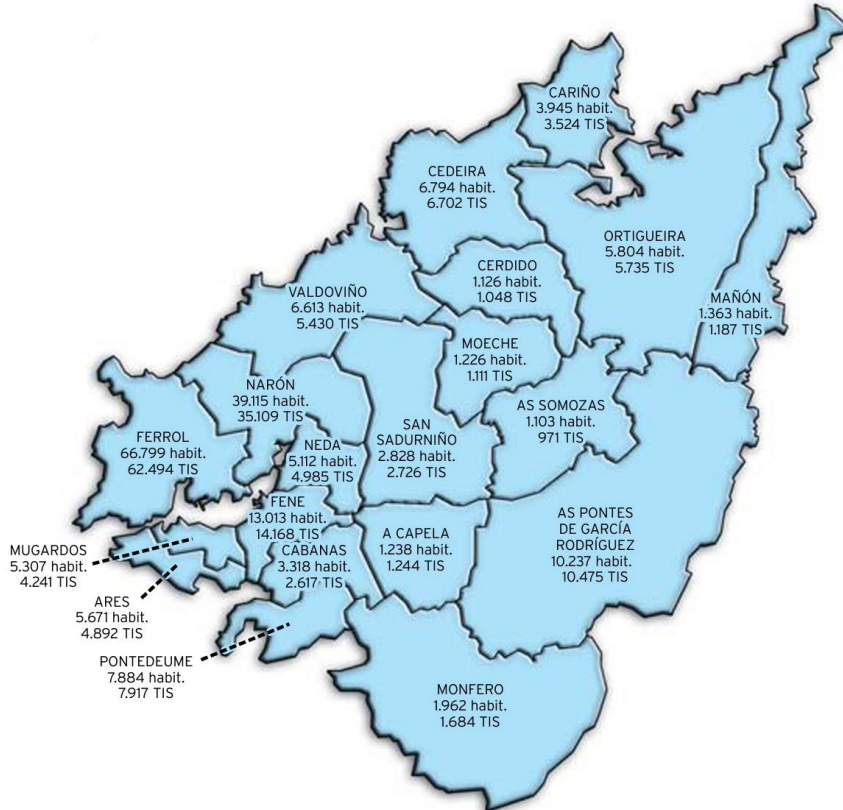
FIGURAS

**Figura I.** Defuncións a causa de IAM en España no ano 2018. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE)



*Figura 1. Elaboración propia. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE)*

**Figura II.** Mapa do área sanitaria de Ferrol. Fonte: Memoria do área sanitaria de Ferrol 2018<sup>66</sup>



Adherencia ó tratamento en doentes con enfermidade cardíaca isquémica: relación ca súa calidade de vida

## TÁBOAS

**Táboa I.** Resumo das principais recomendacións das Directrices do Colexio Americano de Cardioloxía (ACC) e a Asociación Americana do Corazón (AHA), para a prevención primaria de enfermidades cardiovasculares, 2019.

**Principais Recomendacións das Directrices do ACC/AHA 2019**

Variable	Recomendación	Clase	Nivel
<b>Dieta e Nutrición</b>	Unha dieta que resalta a inxesta de verduras, froitas, legumes, nozes, grans integrais e peixes, recoméndase para diminuír o risco de ASCVD	I	A
<b>Exercicio Físico</b>	Débese asesorar habitualmente aos pacientes nas visitas sanitarias para optimizar un estilo de vida fisicamente activo	I	B
	Os adultos deben empregar polo menos 150 minutos por semana de acumulada intensidade moderada ou 75 minutos por semana de actividade física aeróbica de intensidade vigorosa (ou unha combinación equivalente de ambas) para reducir o risco ASCVD	I	B
<b>Obesidade ou Sobrepeso</b>	En individuos con sobrepeso e obesidade, recoméndase perda de peso para mellorar o perfil do factor de risco ASCVD.	I	B
	Recoméndase asesoramento e intervencións comprensivas do estilo de vida, incluída a restricción de calorías para lograr e manter a perda de peso en adultos con sobrepeso e obesidade.	I	B
<b>Diabetes Mellitus</b>	Para todos os adultos con DM tipo 2, recoméndase un plan nutricional a medida centrado nun patrón dietético saudable para mellorar o control glicémico, lograr a perda de peso se é necesario e mellorar outro factor de risco de enfermidade cardiovascular arteriosclerótica	I	A
	Os adultos con DM tipo 2 deben realizar polo menos 150 minutos por semana de actividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de actividade física de vigor para mellorar o control glicémico, lograr a perda de peso.	I	A

<b>Hipertensión</b>	En adultos con presión arterial elevada (HTA) ou hipertensión arterial, incluídos os que necesitan medicamentos antihipertensivos, recoméndase intervencións non farmacéuticas para reducir a PA. Estes inclúen: perda de peso, un patrón diatéxico saudábel, redución do sodio, aumento da actividade física cun programa de exercicios estruturados e redución de alcohol.	I	A
	En adultos con hipertensión e enfermidade renal crónica, é recomendado unha PA inferior a 130/80 mm Hg	I	A
<b>Tabaco</b>	Todos os adultos deben ser avaliados en cada visita sanitaria polo consumo de tabaco e o seu estado de consumo de tabaco.	I	A
	Para lograr a abstinencia do tabaco, todos os adultos fumadores deberán ser firmemente recomendados para deixalo.	I	A
	En adultos fumadores, recoméndase unha combinación de intervencións de comportamento e farmacoterapia para maximizar os índices de abandono de tabaco.	I	A
<b>Colesterol</b>	En pacientes con risco medio, os niveis de LDL deberían reducirse $\geq 30\%$ , e para unha redución do risco óptima de ASCVD, especialmente en pacientes de alto risco, os niveis deberían reducirse $\geq 50\%$ .	I	A
	Recoméndanse intervencións centradas na mellora da adhesión á terapia prescrita para o manexo de adultos con niveis elevados de colesterol, incluídos recordatorios telefónicos, recordatorios de calendario, actividades educativas multidisciplinares integradas e intervencións dirixidas por farmacéuticos, como a simplificación do réxime de medicamentos a dosificación unha vez ao día	I	A

**Táboa II.** Relación entre as causas de non adherencia (NA) e estratexias para mellorar a adherencia. Fonte: Sociedade Española Farmacia Comunitaria (SEFAC)

Causas da NA	Estratexias para mellorar a adherencia				
	1	2	3	4	5
Factores relacionados co/a paciente					
Características sociodemográficas				■	
Escaso coñecemento da enfermidade, tratamento e/ou consecuencias do incumprimento			■		
Desconfianza na elección ou efectividade do tratamento			■		
Incomprensión ou esquecemento das instrucións recibidas			■		■
Esquecemento ou falta de motivación		■		■	
Barreiras de acceso					■
Factores relacionados co tratamento			■		
Efectos secundarios					
Características da medicación (farmacocinética, farmacodinamia etc.)	■				■
Complexidade do réxime	■	■			■
Coste ou pago da medicación				■	
Factores relacionados coa enfermidade					
Factores relacionados co profesional sanitario					
Forma de comunicación e contido da información					■
Desconfianza ou pouca cooperación entre o paciente e o profesional sanitario					■
Enfermidade crónica					■

1: Técnicas. 2: Conductuais. 3: Educativas. 4: Apoio Social. 5: Dirixidas a profesionais, administración e industria.

*Táboa II. Relación entre causas da NA e estratexias para mellorar a adherencia.*

*Fonte: Sociedade Española Farmacia Familiar e Comunitaria (SEFAC)*

**Táboa III.** Accións para favorecer a adherencia terapéutica

<b>Obxectivo</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Técnicas</b>	
Reducir a complexidade do réxime terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redución do número de fármacos/doses</li> <li>- Fármacos combinados</li> <li>- Doses fixas</li> </ul>
<b>Conductuais</b>	
Modificar ou reforzar os comportamentos e hábitos facilitadores do cumprimento e da xestión da enfermidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recordatorios</li> <li>- Vinculación da toma á actividades cotiás</li> <li>- Entrevistas motivacionais</li> </ul>
<b>Educacionais</b>	
Incrementar a activación do/a paciente, así como, a importancia da adherencia ó tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información individualizada</li> <li>- Sesións educativas grupais</li> </ul>
<b>Apoio Social</b>	
Soporte social e implicación do entorno do/a paciente no control da enfermidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de axuda domiciliaria</li> <li>- Terapia/consello familiar</li> </ul>
<b>Sistema sanitario e administración</b>	
Fomentar a comunicación interprofesional e mellora da adherencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación profesional</li> <li>- Monitorización do/a paciente</li> </ul>

*Táboa III. Accións para favorecer a adherencia terapéutica.  
Fonte: : Sociedade Española Farmacia Familiar e Comunitaria (SEFAC)*

**Táboa VI.** Descritores en Ciencias da Saúde.

IDIOMA	MESH-DECS
<b>INGLÉS</b>	“Myocardial Infarction” “Nursing” “Treatment Adherence and Compliance” “Quality of Life” “Patient Participation”
<b>CASTELÁN</b>	“Infarto del Miocardio” “Enfermería” “Cumplimiento y adherencia al tratamiento” “Calidad de vida” “Participación del Paciente”
<b>PORTUGUÉS</b>	“Infarto do Miocárdio” “Enfermagem” “Cooperação e adesão ao tratamento” “Qualidade de vida” “Participação do Paciente”

*Táboa VI. Descritores en ciencias da saúde empregados na busca bibliográfica.*

**Táboa VI.** Estratexia e resultados da busca bibliográfica

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BUSCA LÍMITES	n
<b>PUBMED</b>	(((myocardial infarction[MeSH Terms]) AND (treatment adherence[MeSH Terms])) AND (quality of life[MeSH Terms])) OR ((nursing[MeSH Terms]) AND (patient participation[MeSH Terms]))	141
<b>COCHRANE</b>	#1:MeSH descriptor: [Myocardial Infarction] explode all trees #2: MeSH descriptor: [Treatment Adherence and Compliance] explode all trees #3: MeSH descriptor: [Quality of Life] explode all trees #4: MeSH descriptor: [Nursing] in all MeSH products #5:MeSH descriptor: [Patient Participation] explode all trees #6: #1 AND #2 AND #3 OR (4 AND 5)	51
<b>SCOPUS</b>	( myocardial AND infarction ) AND ( treatment AND adherence AND compliance ) AND ( quality AND of AND life ) AND ( nursing ) AND ( patient AND participation )	151
<b>CUIDEN</b>	[cla= Treatment Adherence and Compliance] and [cla="myocardial infarction"] and [cla= Quality of Life] or [cla= Patient Participation]	1
<b>CINAHL</b>	AB myocardial infarction AND AB quality of life AND AB treatment adherence AND AB patient participation	0
<b>WEB OF SCIENCE</b>	#1: TS=(Myocardial Ischemia) #2: TS=(Treatment Adherence and Compliance) #3: TS=(Quality of life) #4: TS=(Nursing) #5: TS= (Patient Participation) Bases de datos= WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO #4: #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5	1
<b>GOOGLE SCHOLAR</b>	"Myocardial Ischemia" AND "Treatment Adherence" AND "Quality of life" AND "Quality of Life" AND "Patient Participation"	27

*Táboa VII. Estratexia e resultados da busca bibliográfica*



**Táboa VIII.** Codificación numérica das variables cualitativas da Sección I do Anexo V.**Codificación numérica das variables cualitativas da Sección I do Anexo V**

<b>Variable</b>	<b>Valor numérico</b>
<b>Nivel académico</b>	
Alfabetización	0
Educación primaria	1
Educación secundaria	2
Educación media	3
Educación superior (universidade e posgrado)	4
<b>Idade</b>	
18 – 39 anos	0
40 – 49 anos	1
50 – 59 anos	2
60 – 69 anos	3
70 – 79 anos	4
≥80 anos	5
<b>Sexo</b>	
Masculino	0
Feminino	1
<b>Antes de producirse o infarto, estaba diagnosticado/a de hipertensión arterial</b>	
Non	0
Si	1
<b>Antes de producirse o infarto, estaba diagnosticado/a de dislipemia</b>	
Non	0
Si	1

<b>Antecedentes familiares de primeiro grado de parentesco que padeceran enfermidades cardiovasculares</b>	
--	--

Non	0
Si	1

<b>Poder adquisitivo en relación co número de habitacións da súa vivenda</b>	
--	--

Baixo ( $\leq 2$ habitacións)	0
Medio-Baixo (3 habitacións)	1
Medio (4 habitacións)	2
Medio-Alto ( $\geq 5$ habitacións)	3

<b>Situación laboral</b>	
--------------------------	--

Activo/a	0
Parado/a	1
Xubilado/a	2
Estudiante	3

*Táboa IX. Codificación das variables numéricas da Sección I do Anexo V.*

*Fonte: elaboración propia*