



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**“VALORACIÓN DE LA  
CALIDAD DE VIDA EN  
LOS PACIENTES  
CRÓNICOS  
PLURIPATOLÓGICOS”**

**Autora: Dña. Elena Merlo González.**

**Tutora: Dra. Dña. Virtudes Niño Martín.**

## *RESUMEN*

**Introducción:** Actualmente, la sociedad se caracteriza por un aumento progresivo de la población envejecida, entre cuyas características sanitarias se encuentra la pluripatología. Por ello, en Castilla y León se implanta una estrategia de atención al paciente crónico pluripatológico en situación de complejidad, también llamado G3. Para tratarlos holísticamente se decide investigar sobre la percepción de su calidad de vida, específicamente en las zonas básicas de salud de La Victoria y de Magdalena de Valladolid Este. **Objetivo:** Valorar la calidad de vida de los pacientes pluripatológicos catalogados como G3 en la plataforma Medora en un momento aleatorio de su vida. **Método:** A través de un estudio transversal observacional se evalúan cuantitativamente distintas variables empleando el cuestionario de calidad de vida SF-36, la escala EVA, el índice de Barthel y el examen MiniMental. **Resultado:** Los pacientes G3 refieren peor estado en la esfera física que en la psíquica, existiendo diferencias entre las zonas básicas de salud analizadas. **Discusión:** El colectivo estudiado presenta mejor estado de salud mental que los valores de referencia normales de la población española y se encuentra dentro de los intervalos normales de salud física.

**Palabras clave:** enfermedad crónica, pluripatología, G3, envejecimiento, calidad de vida, SF-36.

**Key words:** chronic disease, pluripathology, G3, aging quality of life, SF-36

## ÍNDICE

---

1.- Introducción .....	1
2.- Justificación e hipótesis.....	8
3.- Objetivos .....	9
4.- Material y método .....	10
4.1.- Diseño.....	10
4.2.- Población de estudio y muestra. ....	10
4.3.- Criterios de inclusión y exclusión. ....	10
4.4.- Duración de la intervención.....	11
4.5.- Procedimiento.....	11
4.6.- Material utilizado.....	12
4.7.- Variables a recoger y analizar. ....	12
4.8.- Análisis estadístico. ....	13
4.9.- Consideraciones ético-legales.....	14
5.- Resultados .....	15
6.- Discusión.....	18
6.1.- Fortalezas.....	19
6.2.- Limitaciones. ....	20
7.- Conclusión.....	21
7.1.- Futuras líneas de investigación.....	21
8.- Bibliografía .....	23
9.- Anexos.....	25

## 1.- INTRODUCCIÓN

Los cambios sociosanitarios de las últimas décadas y los avances médicos han permitido un aumento de la esperanza de vida de las personas. Esto, junto con la disminución de la natalidad, ocasiona una inversión de la pirámide demográfica (Figura 1), donde predomina la población envejecida. A este grupo se le asocia frecuentemente el padecimiento de una o varias enfermedades (pluripatología) que, en la mayoría de los casos, se arraigan. Esta situación de cronicidad hace que la población mayor sea el grupo que más utiliza los sistemas sanitarios.

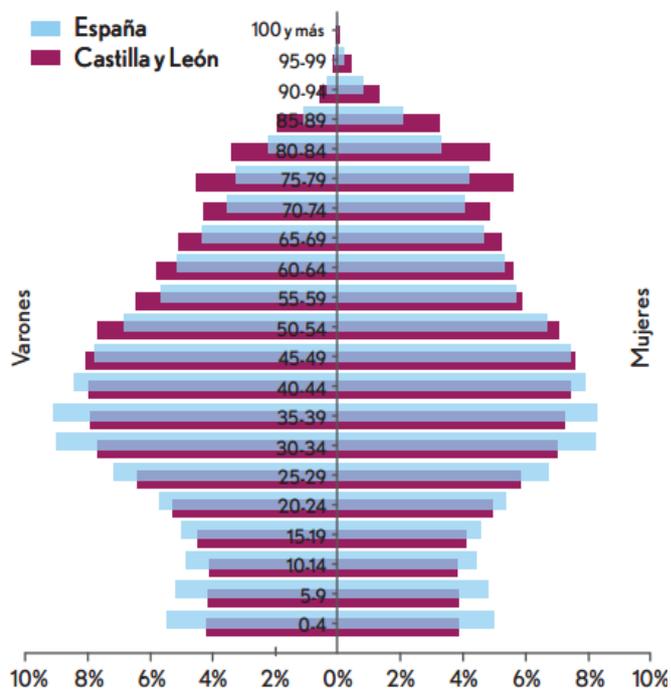


FIGURA 1. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN ESPAÑA-CASTILLA Y LEÓN 2011.

Se considera pluripatología a la “coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas, que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada, servicios sociales)”<sup>(1)</sup>.

Independientemente del grado de salud-enfermedad del usuario, se han creado e implantado distintos modelos para organizar los sistemas sanitarios. A continuación se describen algunos de los más influyentes en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español:

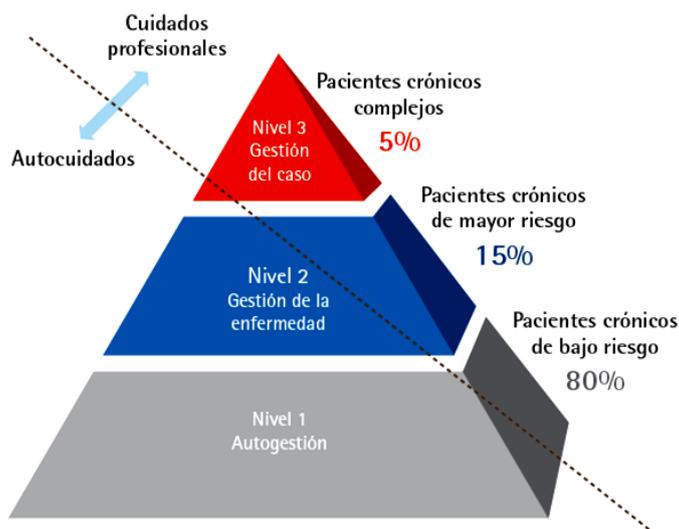
- El modelo de cuidado crónico (MCC), creado por Ed. Wagner en 1998, busca la proactividad e identifica 6 elementos esenciales para una atención excelente: el tipo de sistema asistencial y su organización, las relaciones con la comunidad, el apoyo y fomento del autocuidado, el apoyo a la toma de decisiones y el desarrollo de mecanismos de información clínica. En definitiva, en la atención a los

pacientes debe influir la comunidad (políticas y recursos), la organización de la asistencia sanitaria y la interacción entre el paciente y los miembros del equipo sanitario buscando la proactividad del usuario. El funcionamiento de este modelo se puede observar en el *Anexo 1* <sup>(2)</sup>.

- Las características de la sociedad en la que se realiza el MCC, que es EEUU, dificultan su extrapolación a Europa por las distintas condiciones sociales, económicas y culturales existentes. Por ello surge el Modelo de Atención Innovadora para Condiciones Crónicas (ICCC, del inglés: Innovative Care for Chronic Conditions) a partir de la OMS. Se diferencia del anterior en el enfoque preventivo dirigido a la población en general y en la importancia que se da a la evidencia científica para realizar una atención de calidad. De esta forma establece 3 niveles que se describen a continuación y se recogen en el *Anexo 2*:
  - o MICRO: centrado en el paciente y su continuidad asistencial, así como en la coordinación entre los distintos niveles de atención.
  - o MESO: nivel basado en los factores comunitarios y cuyo fin es promover una mayor prevención y reducir el estigma asociado a la enfermedad crónica. Esto se realiza por medio de la enseñanza a la población el lastre que suponen los procesos crónicos.
  - o MACRO: en el que se encuentran las políticas y estrategias de salud y que está destinado a amparar económicamente la asistencia a los enfermos crónicos <sup>(3)</sup>.
- Otro de los modelos es el de Kaiser permanente (2002), que se centra en la relación entre la atención, el coste y la efectividad para conseguir los resultados de salud. Así fomenta el uso de la atención primaria (AP) con el fin de prevenir la enfermedad y promocionar la salud de cualquier usuario por medio de su propia implicación y autonomía junto con el apoyo profesional.

De esta forma se crea una pirámide de 3 niveles (*Figura 2*) atendiendo a la complejidad: el primer nivel está destinado a los enfermos crónicos incipientes y se promueve su autogestión con estilos de vida saludables; seguidamente están los pacientes crónicos de riesgo, en los cuales se busca la autogestión en colaboración con los cuidados profesionales y, en la cúspide de la pirámide, se encuentran los enfermos crónicos complejos, a quienes se les dirige hacia los cuidados especializados que mejoren su situación y supongan la involucración de la familia o el cuidador en ello.

El éxito de este modelo radica en conseguir el menor número de hospitalizaciones posibles y que en el nivel 3 se encuentre la menor cantidad de población permisible <sup>(2,4)</sup>.



**FIGURA 2. PIRÁMIDE DE KAISER PERMANENTE.**

El SNS de España plantea en 2006 un Plan de Calidad que, posteriormente, incluye estrategias sanitarias de abordaje a la cronicidad, principalmente hacia las enfermedades que suponen una mayor prevalencia. Las competencias en este ámbito residen en cada Comunidad Autónoma, por lo que cada una de ellas establece su modelo de actuación procurando seguir algunas de las recomendaciones de la Declaración de Sevilla del 2011 como: la importancia de la prevención y promoción de la salud, el papel activo del paciente, la historia clínica electrónica disponible en todos los niveles asistenciales y la planificación y gestión de la salud de los ciudadanos por medio de modelos de estratificación y de predicción, entre otras <sup>(5)</sup>.

A nivel de Castilla y León, el SaCyL ha creado en 2013 una estrategia basada en los grupos de riesgo clínico (CRG) con el fin de responder a la demanda, principalmente, del paciente crónico y realizar un cuidado más personalizado a su estado. Los CRG se crean teniendo en cuenta los datos demográficos, los problemas de salud existentes y la necesidad de prescripción farmacológica de cada individuo. Con ello se consigue identificar el estado de salud de un grupo y predecir su consumo de recursos sanitarios. Se diferencian 9 estados de salud, que van desde la salud (estado 1) hasta las enfermedades más graves (estado 9), y 7 niveles de gravedad para cada uno de ellos. En la *Tabla 1* se recoge la relación entre el estado de salud y el nivel de gravedad.

**TABLA 1. RELACIÓN ENTRE LOS ESTADOS DE SALUD Y EL NIVEL DE GRAVEDAD.**

Estado de salud	Niveles de gravedad							
	0	1	2	3	4	5	6	
1.Sanos (incluye No Usuarios)								
2.Historia de Enfermedad Aguda Significativa								
3.Enfermedad Crónica Menor Única								
4.Enfermedades Crónicas Menores Varios Órganos								
5.Enfermedad Crónica Dominante Única								
6.Dos Enfermedades Crónicas Dominantes								
7.Tres Enfermedades Crónicas Dominantes								
8.Enfermedad Neoplástica Metastásica								
9.Enfermedades Catastróficas								

A cada estado de salud se le asocia un nivel de gravedad según los criterios de los CRG. De esta forma se observa que existen estados de salud que comparten el mismo nivel de gravedad, por lo que se agrupan según su tendencia y se crean 4 grupos que suponen la estratificación de la población en G0, G1, G2 y G3. Fuente: SaCyL.

A partir de esto se observa la formación de 4 grupos (G0, G1, G2, G3) a los que se asocian unas intervenciones específicas; el desglose de los grupos formados se recoge de manera detallada en la *Figura 3* <sup>(4,6,7)</sup>.

Objetivo intervención	Ámbito	Tipo de intervención
Pacientes <b>pluripatológicos severos</b> con necesidades de atención sanitaria elevadas y con frecuencia con necesidades sociales	Atención compartida por atención primaria, hospital y servicios sociales (Hospital, UCSS, Domicilio/Residencia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria compartida con atención especializada (UCA) según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos y, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.</li> </ul>
Pacientes <b>pluripatológicos estables</b> o con una <b>patología en estado avanzado</b> con necesidades de atención sanitaria moderada	Atención primaria + apoyos puntuales de especializada + atención domicilio/comunitario (Protocolo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria con apoyos puntuales del médico de atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.</li> </ul>
Pacientes con una <b>patología en estadio estable</b> o inicial con baja necesidad de atención sanitaria	Atención primaria + domicilio/comunitario (Protocolo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención primaria, según protocolo siguiendo la metodología de gestión de procesos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud</li> </ul>
Personas <b>sanas</b> o con <b>procesos agudos</b> no significativos	Atención primaria + domicilio/comunitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo (Ej.: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAPPS- de atención primaria).</li> <li>- Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.</li> </ul>

**FIGURA 3. ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN. FUENTE: SaCyL.**

Esta estrategia se centra principalmente en el considerado como paciente crónico en situación de complejidad o pluripatológico, catalogado y denominado como G3. Para poder ser incluido en el grupo G3 y formar parte de esta estrategia sanitaria, se ha otorgado una prioridad especial a las patologías de mayor prevalencia e impacto en el ciudadano y el sistema sanitario, de las cuales es necesario estar diagnosticado de mínimo tres. Las enfermedades indicadas son las siguientes:

- Patología cardíaca: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmias.
- Ictus.
- Enfermedades neurodegenerativas, demencias.
- Diabetes.
- Enfermedades respiratorias: EPOC, asma.
- Enfermedades digestivas: enfermedades inflamatorias crónicas, hepatopatías crónicas.
- Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis, artritis.
- Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica.
- Enfermedad renal crónica.

Además, este grupo cumple algunas de las siguientes características:

- Padecimiento de varias enfermedades crónicas concurrentes.
- Alta frecuencia hospitalaria.
- Estar polimedicado, es decir, tener un tratamiento farmacológico de más de 5 medicamentos.
- Tener disminuida autonomía personal temporal o permanentemente.
- Edad avanzada, escaso apoyo familiar y social <sup>(8)</sup>.

Como profesionales sanitarios nos importa especialmente la atención de la enfermedad propiamente dicha, con el propósito de curarla o atenuarla para conseguir una mejora en el estado de salud del paciente. En numerosas ocasiones se nos repite que la salud es *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 1948)”* <sup>(9)</sup>, pero, ¿los sanitarios, en concreto los enfermeros, conocemos las necesidades sociosanitarias de nuestros pacientes o solo somos conscientes de sus procesos patológicos? y, ¿sabemos cómo perciben ellos su salud, es decir, si consideran que tienen buena calidad de vida o no?

Entendemos por calidad de vida (CV) *“la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996)”* <sup>(9)</sup>, lo que supone ser un concepto polivalente y multidimensional, aplicable a cualquier ciudadano y referente, en definitiva, a los aspectos psicosociales del bienestar social y personal en general, ambos subjetivos.

Por otra parte, existe el término de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), con el cual se da mayor importancia a la evaluación de las limitaciones del individuo en sus distintas áreas biológicas, psicológicas y sociales. Atendiendo a esto, Schwartzmann define en 2003 la CVRS desde el punto de vista subjetivo como *“la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras)”* <sup>(10)</sup>.

Determinar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad crónica permite conocer mejor al enfermo y su adaptación a su situación y la evolución de la misma, así como evaluar su tratamiento y mejorar las terapias aplicadas que faciliten la rehabilitación de los pacientes. Investigar sobre la calidad de vida de este grupo de personas promueve la comunicación entre los profesionales sanitarios y el individuo, de forma que suponga una retroalimentación en la que el sanitario adquiere conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad y el estado de su paciente, mientras que este recibe cuidados más personalizados en función de los objetivos marcados conjuntamente.

Según Kalker y Roser (1987) y Haes y Van Knippenberg (1985-1987), la calidad de vida en los enfermos crónicos se refiere al nivel de bienestar de la propia persona teniendo en cuenta las afecciones de la enfermedad que padece, su tratamiento y los

efectos colaterales frente a la adaptación en las esferas funcional, cognitiva, emocional, social y laboral <sup>(11)</sup>.

Existen múltiples instrumentos estandarizados para evaluar la calidad de vida. Estados Unidos creó el cuestionario de salud SF-36 para su implementación en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS) a principios de los años noventa y de amplia difusión y adaptación mundial por medio del proyecto IQOLA (International Quality of Life Assessment). Este test permite la evaluación multidimensional del estado de salud de la población general y de los pacientes, siendo una de las escalas más útiles en la valoración de la CVRS por sus adecuadas propiedades psicométricas.

Esta escala puede ser autoadministrada o cumplimentarse por medio de entrevista clínica o telefónica, sin evidencias científicas de diferencias entre los resultados obtenidos. De esta forma evalúa por medio de 36 preguntas distintas dimensiones físicas y emocionales junto con un ítem independiente que valora la evolución del estado de salud en el último año. A partir de esto se obtienen distintas puntuaciones de 0 a 100 (a mayor puntuación mejor estado de salud) que se pueden resumir en el Índice de Salud Física (ISF) y en el de Salud Mental (ISM) <sup>(12)</sup>.

## ***2.- JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS***

---

Ante el previsto aumento de la población envejecida y, posiblemente, del estado de pluripatología crónica asociada a la misma, surge la necesidad de establecer actuaciones personalizadas para dicho grupo, catalogado actualmente en Castilla y León como G3.

Tan importante es que el profesional sanitario actúe en el proceso de enfermedad con el fin de curarla o atenuarla y así conseguir un mejor estado de salud, como lo es la involucración del principal afectado en este proceso, el propio paciente. Los profesionales sanitarios tenemos conocimientos teóricos y diversas aptitudes que nos permiten conocer y tratar la mayoría de los procesos patológicos; por otra parte, gran parte de los usuarios del sistema sanitario carecen de estos recursos, por lo que hay que buscar una forma de intervención que permita reconocer sus necesidades. Esto, junto con las exigencias de las enfermedades del paciente, supondría la base del plan de cuidados individualizado y personalizado que permitiría la involucración del paciente y, en caso de ser necesario, de su familia o entorno más cercano.

Por ello surgen las siguientes cuestiones, que ya se han mencionado anteriormente: ¿los sanitarios, en concreto los enfermeros, conocemos las necesidades sociosanitarias de nuestros pacientes o solo somos conscientes de sus procesos patológicos?, ¿sabemos cómo perciben ellos su salud, es decir, si consideran que tienen buena calidad de vida o no? Y, ante la percepción sobre su salud, ¿tenemos recursos suficientes, propios o a los que podamos derivar, para apoyar a nuestros pacientes de una forma holística?

Con el fin de responder a estas preguntas, considero importante investigar sobre la calidad de vida de este grupo para establecer unas intervenciones de enfermería que promuevan, junto con el tratamiento médico específico, una mejora de su situación sociosanitaria y, con ello, de la percepción y el manejo de su salud.

Conocer a nuestros pacientes con sus debilidades y fortalezas nos permitiría orientar con mayor éxito su tratamiento y nuestra actuación para mejorar su salud pues, siempre que fuese posible, aprovecharíamos su energía para la consecución de los objetivos determinados.

### **3.- OBJETIVOS**

---

Valorar la calidad de vida de los pacientes pluripatológicos catalogados como G3 en la plataforma Medora en un momento aleatorio de su vida.

- Identificar los problemas biopsicosociales de los G3.
- Valorar las capacidades físicas y mentales de los pacientes G3 en su proceso de enfermedad.
- Establecer intervenciones de enfermería destinadas a los pacientes pluripatológicos con el fin de mejorar su calidad de vida.

## **4.- MATERIAL Y MÉTODO**

---

### **4.1.- Diseño**

Este trabajo es un estudio cuantitativo, transversal y de observación. Con ello se pretende obtener unos resultados numéricos en distintas variables, no modificables por el investigador, que sean indicativos de la calidad de vida de los participantes. Además, no se realizará un seguimiento en el tiempo de estos resultados.

### **4.2.- Población de estudio y muestra**

El estudio se realiza sobre pacientes pertenecientes a las zonas básicas de salud (ZBS) de Magdalena y de La Victoria (área este de Valladolid) y catalogados como G3 en la plataforma informática de Atención Primaria: Medora.

Para la realización de esta investigación se seleccionan dos cupos, uno de cada una de las zonas básicas de salud, y se obtiene un total de 150 personas catalogadas como G3. Tras la comprobación de cada uno de los potenciales participantes se concluye lo siguiente atendiendo a los criterios de inclusión-exclusión posteriormente indicados:

- 10 personas han cambiado de domicilio o han fallecido recientemente.
- 14 personas tienen un deterioro cognitivo grave (el resultado en el examen cognoscitivo mini-mental es igual o menor de 23 puntos).
- 9 individuos tienen menos de 50 años.
- 4 de ellos están ingresados en el momento de acudir a realizar los cuestionarios y así permanecen tras varios intentos de citación.

Por ello se excluyen del estudio 37 de los 150 potenciales participantes, obteniendo así una muestra de 113 individuos que cumplen los criterios de la investigación.

El tamaño muestral obtenido finalmente para esta investigación es de 80 individuos, que suponen el 70.8% de la muestra sujeto de estudio.

### **4.3.- Criterios de inclusión y exclusión**

Para la obtención exacta de la población a estudio, los individuos deben cumplir los criterios de inclusión y exclusión recogidos a continuación.

Criterios de inclusión:

- Pertenecer a las zonas básicas de salud de Magdalena o de La Victoria (Valladolid Este).
- Tener 50 años ya cumplidos, o ser mayor de esta edad.
- Estar catalogado como G3 en la plataforma Medora.

Criterios de exclusión:

- Haber fallecido en el periodo de citación para el estudio de los participantes.
- Encontrarse hospitalizado.
- Tener un resultado igual o inferior a 23 puntos en el test de valoración cognoscitiva Mini-Mental, debido a que esto es indicativo de un deterioro cognitivo, con el cual no serían objetivamente valorables algunas de las cuestiones a analizar.

#### *4.4.- Duración de la intervención*

La obtención de datos se realiza en 12 semanas: entre el 9 de enero y el 31 de marzo de 2017. Las 3 primeras semanas se emplearon en la selección y citación de la muestra del estudio y, durante, las 9 semanas restantes, se cumplimentaron los cuestionarios. Tras esto se analizaron los resultados, en función de los cuales se definen unas intervenciones de enfermería que promuevan la consecución de los objetivos establecidos.

#### *4.5.- Procedimiento*

La muestra se obtiene en los centros de atención primaria de La Victoria y de Magdalena en los días laborales (lunes a viernes). Se contacta con los posibles participantes del estudio por vía telefónica para solicitar su participación y, con ello, se les solicita acudir al propio centro de salud para realizar la entrevista clínica del cuestionario o, si lo prefieren por su estado de salud, se les da la opción de realizarlo del mismo modo acudiendo a su domicilio. En todo momento se les indica el anonimato de sus datos y se les entrega un consentimiento informado, que firman, en el cual se explica el fin de la investigación y por el cual se mantiene un compromiso de confidencialidad. Dicho consentimiento está incluido en el *Anexo 3*.

Cada encuesta, incluida en el *Anexo 4*, se identifica con la fecha de realización y un número identificador que cuenta con 8 dígitos, sin necesidad de aportar información que identifique al participante personalmente. Además, se cumplimentan varios datos demográficos: el sexo, la edad y el lugar de cumplimentación del cuestionario; y otros de índole sanitaria obtenidos de la historia clínica informática, que son los procesos clínicos del participante, es decir, los motivos por los cuales ha acudido a consulta en atención primaria y los diagnósticos que han resultado de ello.

A continuación, el entrevistador formula las preguntas en alto y selecciona las respuestas indicadas por el participante. Si este no pudiese responder por sí mismo, el cuidador principal podría colaborar en ello.

El resultado de cada uno de los ítems incluidos en la encuesta, se introduce en la base de datos creada para ello; se codifican y recalibran los resultados de las preguntas del test SF-36 según los algoritmos propios para el manejo de la puntuación de la versión española de dicho cuestionario <sup>(13)</sup> y se transforman estos datos en resultados estadísticos con el programa informático para su posterior análisis e interpretación.

#### *4.6.- Material utilizado*

Se emplean el índice de Barthel para reconocer la capacidad de realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), el mini-examen cognoscitivo (mini-mental) para valorar el estado mental, la escala analógica EVA para la identificación del dolor en el momento en el que se valora al participante y el cuestionario SF-36, que valora 8 dimensiones de salud, para determinar la calidad de vida.

Todos estos cuestionarios están validados y la recogida de los datos se hace con los mismos impresos. Los resultados se introducen en una base de datos informática realizada en Excel donde se codifican y recalibran según el manual para el cálculo de la puntuación del propio test <sup>(13)</sup> y se analizan con el programa estadístico SPSS (versión 23).

#### *4.7.- Variables a recoger y analizar*

A través de los cuestionarios se recogen las variables demográficas de sexo y edad del participante y el lugar de cumplimentación de la encuesta (en el propio domicilio o el centro de salud). También se recogen las patologías de cada participante y que

suponen variables cualitativas. Seguidamente, se analizan las variables cuantitativas que determinan los resultados de este estudio; son las siguientes:

- Índice de Barthel, para la evaluación de las capacidades en las ABVD.
- Mini-examen cognoscitivo.
- Escala EVA, que determina el dolor actual.
- Salud en general: valora la propia salud y las perspectivas sobre la misma.
- Vitalidad: evalúa los sentimientos de energía frente al cansancio y agotamiento.
- Salud mental.
- Dolor corporal, que mide la intensidad del dolor y su efecto a diario.
- Funcionamiento físico: estima el grado en el que la salud influye sobre las actividades físicas ligeras, moderadas e intensas.
- Rol físico: determina la dificultad de realizar las actividades diarias o el trabajo por la salud física.
- Rol emocional, que valora la interferencia de los problemas emocionales en el trabajo u otras actividades diarias.
- Funcionamiento social: evalúa las limitaciones sociales que los problemas de salud física y emocional puedan ocasionar habitualmente.
- Evolución del grado de salud, es decir, la percepción del cambio de salud en el tiempo.

#### *4.8.- Análisis estadístico*

Una vez cumplimentadas las encuestas en formato papel, se introducen los resultados en una base de datos Excel creada para ello. Para organizar dicha información se decide introducir las respuestas de cada centro de salud analizado en distintas hojas. A través de este programa se codifican los resultados según los algoritmos descritos en el manual de manejo del cuestionario SF-36<sup>(13)</sup>, de forma que 10 de las 36 preguntas modifican su valor para la obtención final de las escalas crudas de resultados. Estas se transforman a una escala de 0 a 100 para su posterior análisis estadístico, realizado por un profesional especializado en ello.

Por medio del programa informático SPSS (versión 23) se obtienen las medias e intervalos de confianza al 95% (IC95%) para los datos obtenidos en ambas zonas básicas de salud. A partir de ello, se obtienen los resultados para el Índice de Salud

Física y el Índice de Salud Mental, que son componentes sumatorios de las 8 variables del cuestionario SF-36. Estos índices se emplean para compararlos con la calidad de vida de la población española.

#### *4.9.- Consideraciones ético-legales*

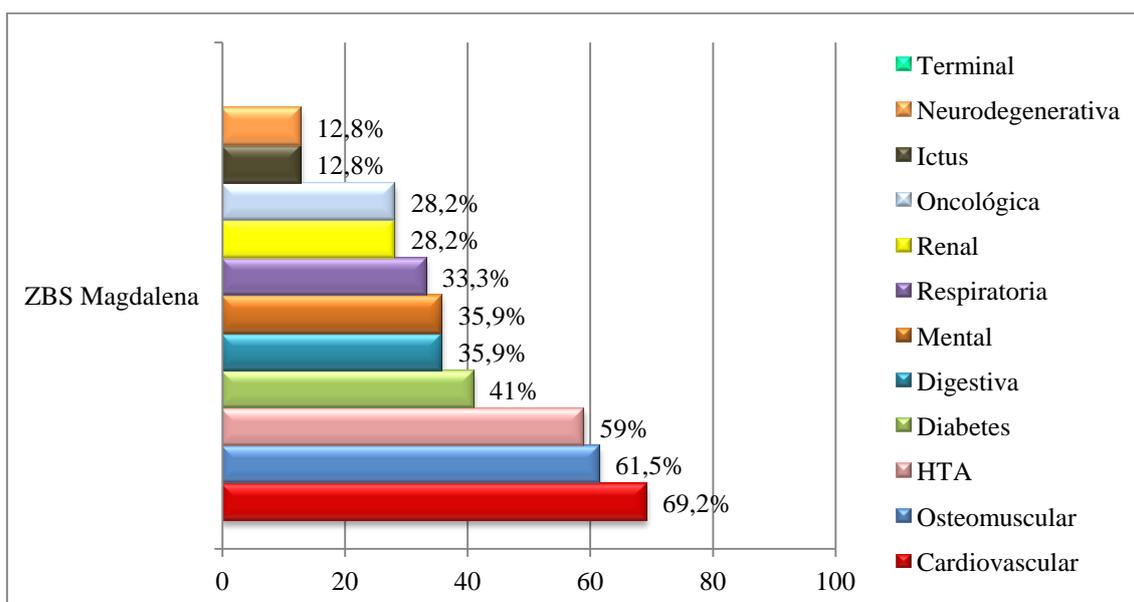
Ante la necesidad de acceder a datos personales incluidos en las historias clínicas de la muestra de estudio, se solicita por escrito la autorización tanto del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid como de la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este, siendo en ambos casos favorable y exigiendo el cumplimiento de la Ley 15/1999, de protección de datos de carácter personal y de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Con el fin de cumplir dicha normativa vigente, y otras que pudieran ser de aplicación, se realiza un consentimiento informado con el cual informar a los participantes de su anonimato y del destino final de los datos obtenidos con las encuestas cumplimentadas, incluido en el *Anexo 3*, y que se entrega y es firmado por el participante previo al inicio de la encuesta clínica.

## 5.- RESULTADOS

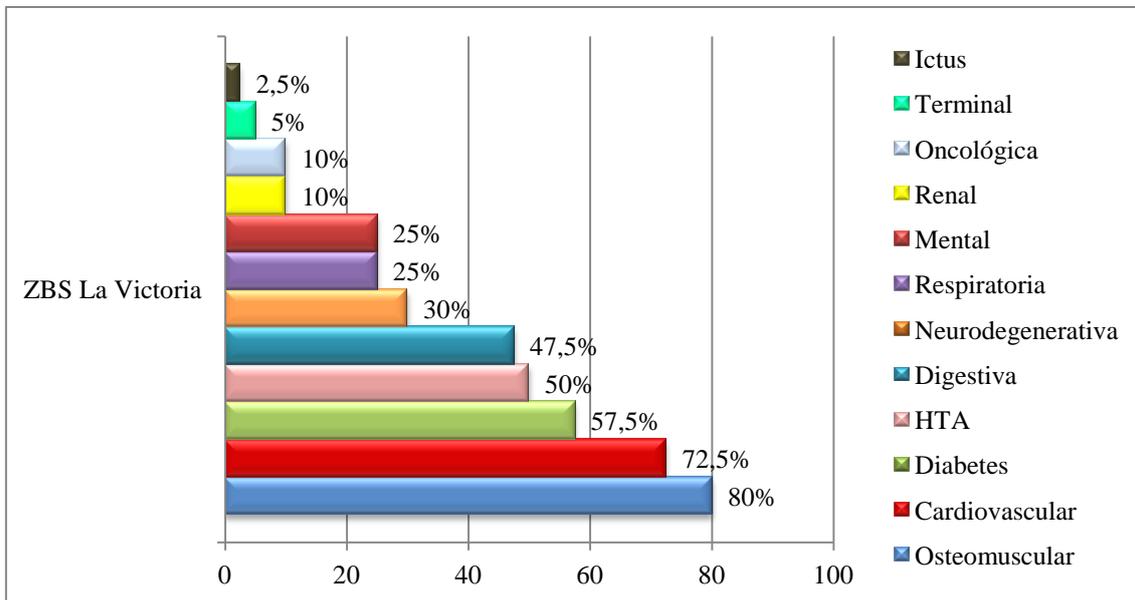
Una vez obtenidos los resultados se observa que el 58.75% de los G3 encuestados son mujeres, siendo mayor el número de estas en el centro de salud de La Victoria que en el de Magdalena (70% frente al 47.5% de cada cupo correspondiente). Por otra parte, la media de edad de estos pacientes crónicos pluripatológicos es de 75.64 años, siendo mayores los del centro de salud de Magdalena con 76.56 años (IC95% 76.05-77.08) mientras que la media de edad en La Victoria es de 74.73 años de (IC95% 74.20-75.25). De ellos, el 63.75% acudió al propio centro de salud para su valoración, siendo necesario captar al 36.25% restante en su domicilio o centro de institucionalización por alegar situación de dependencia que les imposibilitaba acudir a la consulta en el centro de salud.

Tras analizar las patologías de mayor impacto y prevalencia en el ciudadano, indicadas anteriormente, los pacientes pluripatológicos padecen principalmente alguna enfermedad cardiovascular (70.85% de los encuestados, de los cuales un 54.5% están diagnosticados de hipertensión arterial -HTA), osteomuscular (70.75% del total) y diabetes (49.25% de los participantes). La distribución de estas patologías en las distintas zonas básicas de salud investigadas muestran diferencias significativas. La *Figura 4*, recoge las proporciones correspondientes a la ZBS de Magdalena.



**FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE MAGDALENA.**

A continuación, en la *Figura 5*, se representan las distribuciones por patologías en la ZBS de La Victoria.



**FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE MAGDALENA.**

Estas patologías causan una dependencia moderada según el índice de Barthel (media 85.94 puntos), 5.87 veces mayor en los pacientes catalogados como G3 en La Victoria (83 puntos, IC95% 81.74-84.26). Por otra parte, se conserva el estado cognoscitivo de estos G3 con 27.67 puntos de media en el examen Mini-Mental.

La población perteneciente a la zona básica de salud de La Victoria indica tener mayor dolor (6.925, IC95% 6.836-7.014) según la escala EVA en el momento de realizarse la encuesta. De igual modo, siendo 5 el máximo valor posible en esta variable e indicativo de peor evolución, el grupo perteneciente a La Victoria considera que su salud ha empeorado en el último año (3.85, IC95% 3.797-3.903), frente al resultado de 3.154 (IC95% 3.102-3.206) de la población de Magdalena.

Respecto a la valoración de la calidad de vida propiamente dicha por medio de la encuesta SF-36, destaca notablemente la zona básica de salud de Magdalena por considerar encontrarse en mejor estado de salud tanto física como social respecto a la zona básica de salud de La Victoria, según se muestra en la *Tabla 2*.

Debido a las importantes diferencias entre ambas zonas básicas de salud, se analizan minuciosamente las variables que determinan los índices sumatorios indicados anteriormente y se observa que la muestra procedente de La Victoria se encuentra 15.87

puntos por debajo de salud general (32.925, IC95% 31.967-33.883) que la de Magdalena, destacando La Victoria ligeramente sobre esta en la función social con 54 puntos (IC95% 52.545-55.455) frente a 52.179 (IC95% 50.813-53.546) y el rol emocional con 61.667 (IC95% 59.416-63.917) ante los 53.846 de la muestra restante (IC95% 51.676-56.016). La ZBS de Magdalena sobresale en el resto de ítems (salud general, rol físico, función social, dolor corporal, vitalidad y salud mental) entre 5.881 y 32.772 puntos más.

**TABLA 2. MEDIAS DE LOS ÍNDICES DE SALUD FÍSICA (ISF) Y MENTAL (ISM) DEL CUESTIONARIO SF-36 EN AMBAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD Y SUS INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%.**

	ZBS MAGDALENA		ZBS LA VICTORIA	
	Media	IC95%	Media	IC95%
<b>ISF</b>	51,275	50,017 52,534	30,899	29,39 32,407
<b>ISM</b>	59,45	57,876 61,024	55,848	54,542 57,155

*Los datos obtenidos del cuestionario SF-36 incluyen valores de 0 a 100 puntos, correspondiendo a una mayor puntuación, una mejor calidad de vida. A partir de las variables independientes de dicho cuestionario se obtienen los Índices de Salud Física (ISF) y de Salud Mental (ISM).*

## 6.- DISCUSIÓN

---

Con el fin de comparar los resultados obtenidos con otros de la misma índole a nivel de Castilla y León e, incluso, de España, se realiza una revisión bibliográfica con los descriptores (DeCS) y palabras clave en español e inglés: SF-36, calidad de vida, pluripatología, envejecimiento, G3 y enfermedad crónica; enlazados con los operadores booleanos AND y OR en las bases Fistera, Pubmed, SciELO y BUVa.

Finalmente se desestiman los artículos científicos encontrados, independientemente de su fecha, por referirse a pacientes inmovilizados, con patologías concretas de tipo oncológica o renal, entre otras, o tras tratamientos determinados como cirugía bariátrica, pues ninguno de ellos muestra la variable a estudio en la población pluripatológica o proceden de grupos de población con distintos hábitos higiénico-dietéticos, como los resultantes de la sociedad estadounidense.

Ante el interés de comparar los resultados de la presente investigación, se obtienen varios artículos científicos en los que se trata la evolución histórica del cuestionario SF-36 empleado para el presente estudio y en los que se incluyen las normas poblacionales de las puntuaciones sumario (ISF e ISM) por grupos de edad y sexo <sup>(14)</sup> y que se recoge en el *Anexo 5*. En dicho estudio, los datos pertenecientes al grupo de 50 a 64 años proceden la «Encuesta domiciliaria sobre el uso de drogas» <sup>(15)</sup> y a partir de 65 años, de la investigación sobre «Hipertensión arterial y otros factores de riesgo en la población de 60 y más años en España» <sup>(16)</sup>, que corresponderían con el rango de edad analizado en nuestro estudio. Aún sabiendo que no corresponden al grupo analizado en la presente investigación, que es el de los pacientes crónicos pluripatológicos o G3, se decide comparar los resultados obteniéndose lo siguiente:

- En el presente estudio, la media en el índice de salud física es de 41.09 y en el de salud mental, 57.65.
- Por otra parte, el artículo científico seleccionado <sup>(14)</sup>, indica que la media para el componente de la salud física se encuentra entre 50.15 y 40.16 y en el de salud mental, de 50.58 a 48.64, siendo mayor la puntuación en la población de menor edad en ambos casos.

Atendiendo únicamente a los datos obtenidos en nuestra investigación, se observa que la población analizada tiene mejor estado de salud psíquica que física, destacando incluso por encima de la media establecida en el artículo científico seleccionado. Así se demuestra también por medio del examen cognoscitivo MiniMental y el Índice de Barthel, indicativo del primero de un adecuado estado cognoscitivo ante un deterioro físico moderado para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, aspectos que influyen indirectamente sobre la esfera psicosocial de la población.

Por otra parte, los G3 investigados refieren encontrarse “más o menos igual” o “algo peor” que hace un año respecto a su estado de salud en general.

Los criterios de inclusión para este estudio no hacen especial referencia a la patología concreta que los individuos participantes han de padecer, por lo que, del grupo de enfermedades analizadas, ninguna indica una mayor prevalencia de las mismas en la población general, únicamente en los pacientes crónicos pluripatológicos. De este modo, destaca el predominio de las enfermedades cardiovasculares, las osteomusculares y la diabetes. En el *Anexo 6* se muestra un estudio paralelo que se realiza para demostrar que gran cantidad de los diagnósticos de las enfermedades más prevalentes en la sociedad, corresponden con el colectivo de los G3. En un segundo plano queda la patología respiratoria, encontrándose entre las de menor prevalencia en los G3.

Además, resultan interesantes los datos relativos a los predominios de las enfermedades atendiendo a su distribución por zonas básicas de salud, pues hay grandes diferencias. De ello se formula que el padecimiento de enfermedades osteomusculares, cardiovasculares, diabetes, digestivas y neurodegenerativas es mayor en la zona de La Victoria, sobre las enfermedades renal, respiratoria, terminal, oncológica e ictus de Magdalena. Por otra parte, y haciendo referencia a las enfermedades cardiovasculares, Magdalena posee un 9% más de pacientes pluripatológicos con HTA que La Victoria, de interés ante el predominio de patología cardiovascular de La Victoria frente a Magdalena.

### **6.1.- Fortalezas**

Para la captación de la muestra ha sido de especial ayuda la relación sanitaria enfermero-paciente existente, de forma que, la confianza profesional establecida ha

facilitado la aceptación y accesibilidad de los participantes para la realización de este estudio.

De igual modo, la historia clínica informática permite el acceso a la totalidad de los procesos clínicos de cada paciente haciendo que la recogida y análisis de datos sociosanitarios resulte más sencilla al incluirse la mayoría de las variables de forma ordenada en la plataforma informática donde se encuentra la historia clínica (en Castilla y León se conoce como Medora).

Además, la recogida de datos ha sido efectuada por un único encuestador, por lo que el modo de entrevistar ha coincidido en todos los participantes.

### *6.2.- Limitaciones*

La estrategia de salud por la cual surge la categorización de los pacientes crónicos pluripatológicos se implanta en Castilla y León en el año 2013. Relacionado con esta reciente instauración, no existen artículos científicos en los que se trate a dicho colectivo a nivel regional ni estatal.

Por otra parte, a pesar de efectuarse las encuestas por un único entrevistador, en algunas respuestas puede existir un sesgo relacionado con la explicación de las preguntas, necesaria en determinadas ocasiones ante la dificultad de comprensión de algunos participantes. Además, algunos participantes consideran excesivo el tiempo empleado para cumplimentar cada entrevista (20-30 minutos), por lo que podría ser mejor aceptado para su uso cotidiano una de las variantes del SF-36, que es el SF-12, que también valore la calidad de vida.

Como se indicó anteriormente, el cuidador principal podía acompañar y colaborar en la cumplimentación de las encuestas si el participante tuviese alguna dificultad. Por ello se permitió el acompañamiento durante la cumplimentación de la entrevista. Tras finalizar el estudio se ha observado que, en algunas ocasiones, la presencia del cuidador principal condicionaba al encuestado a responder ante la intromisión del acompañante, por lo que se sugiere la cumplimentación de las encuestas en presencia única del participante en el estudio para futuras investigaciones al respecto.

## 7.- CONCLUSIÓN

---

1- Los resultados de este estudio muestran, principalmente, una precaria calidad de la salud física relacionada con un estado de dependencia moderada para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

2- Podría resultar útil establecer estrategias precoces ante las enfermedades con mayor prevalencia en todos los colectivos, pues conseguir una buena calidad de vida debería ser un aspecto que habría que fomentar en la sociedad desde edades tempranas ya que, en la mayoría de los casos, los años acumulan los resultados de éxitos y fracasos de toda una vida.

3- Ante los pacientes crónicos pluripatológicos tratados, debido a su elevada media de edad (75.64 años), la principal actuación debería ser paliativa, haciendo referencia con esto a la necesidad de mantener las habilidades biopsicosociales existentes procurando no perderlas; seguidamente, y siempre que la situación lo permitiese, fomentar nuevas habilidades. Para conseguirlo es importante la actuación de enfermería, tanto para la reevaluación del estado del paciente como para la consecución de los objetivos marcados.

4- Nos gustaría insistir en la importancia de la consulta de enfermería domiciliaria y de la presencial programada, ya que es un momento idóneo para fomentar la relación enfermero-paciente e implantar distintas terapias basadas en la educación para la salud de ejercicios físicos sencillos e individualizados que mantuviesen la actividad de dicha esfera así como la escucha activa y educación sanitaria que derive en la aceptación de su propia salud. Además, que enfermería consiguiese autoridad para la derivación de la población a determinados servicios como fisioterapeutas o psicólogos para la realización de terapias y actividades de grupo podría resultar muy útil en la consecución de una mejor calidad de vida.

5- Conseguir una mejor calidad de vida debe ser un objetivo común dentro del equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios por medio de los cuales prevenir, controlar las enfermedades y paliar sus síntomas procurando el menor efecto de los mismos sobre la salud de nuestros pacientes.

6- Los resultados obtenidos muestran amplias diferencias entre la patología y la calidad de vida de los individuos analizados que responden a la distribución en la zona básica de salud de La Victoria y de Magdalena. Ante esto surgen futuras líneas de investigación por las cuales analizar cuáles pueden ser los motivos que desencadenen mayor patología en La Victoria así como implantar estrategias que mejoren la calidad de vida y la salud de los pacientes pluripatológicos, ya que su completa resolución es difícil de alcanzar, y valorar su eficacia sobre los mismos.

7- Debido a la limitación de tiempo para la realización de este estudio, también resultaría interesante realizar un futuro estudio en la que se relacionen las distintas variables sociodemográficas con las patologías analizadas y los resultados de los test SF-36, EVA, Mini-Mental e Índice de Barthel obtenidos.

## 8.- BIBLIOGRAFÍA

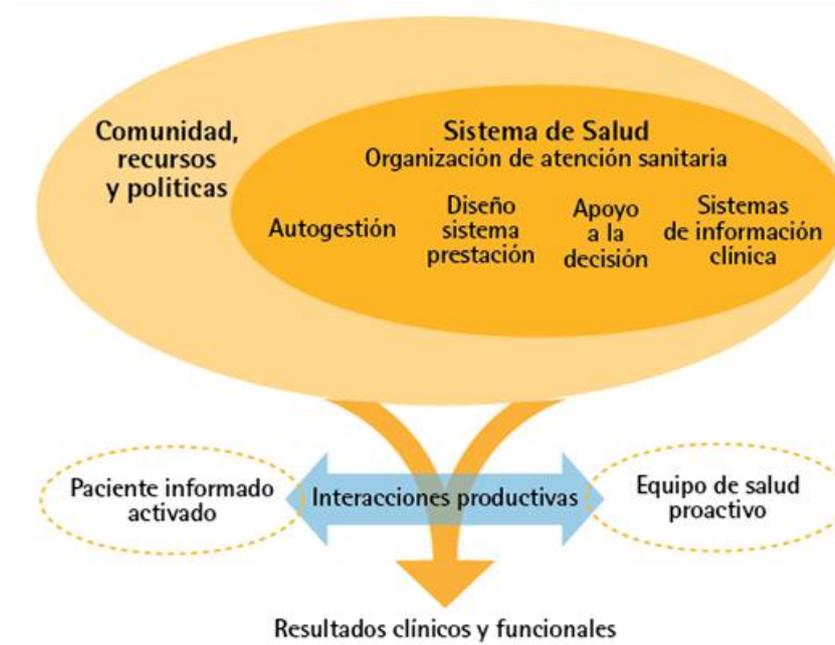
---

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación.; 2009.
2. Consejería de Sanidad. Estrategia de atención al paciente con enfermedades crónicas. Comunidad de Madrid: 2013.
3. Gerencia Regional de Salud. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Editor: Junta de Castilla y León; 2015. p. 20-21.
4. Vargas, I. Enfermedades crónicas no transmisibles: una propuesta de intervención de Atención Primaria. Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Sanidad; 2013.
5. Ollero Baturone, M; Orozco Beltrán, D; Rico, C; et al. Declaración de Sevilla. In Conferencia Nacional para la atención a pacientes con enfermedades crónicas; 2011. p. 604-606.
6. Junta de Castilla y León. Modelo de estratificación de riesgo [PowerPoint].; 2014.
7. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Editor: Junta de Castilla y León; 2015. p. 33-62.
8. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Editor: Junta de Castilla y León; 2015. p. 4-6.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud OMS; 1998.
10. Vinaccia, S; Quiceno, J.M. Calidad de vida relacionada con la salud y la enfermedad crónica: estudios colombianos. Psicología: avances en la disciplina. 2011 Diciembre; 6(1).
11. Vinaccia, S; Orozco, L.M. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. 2005 Junio; 1(2): p. 128-131.

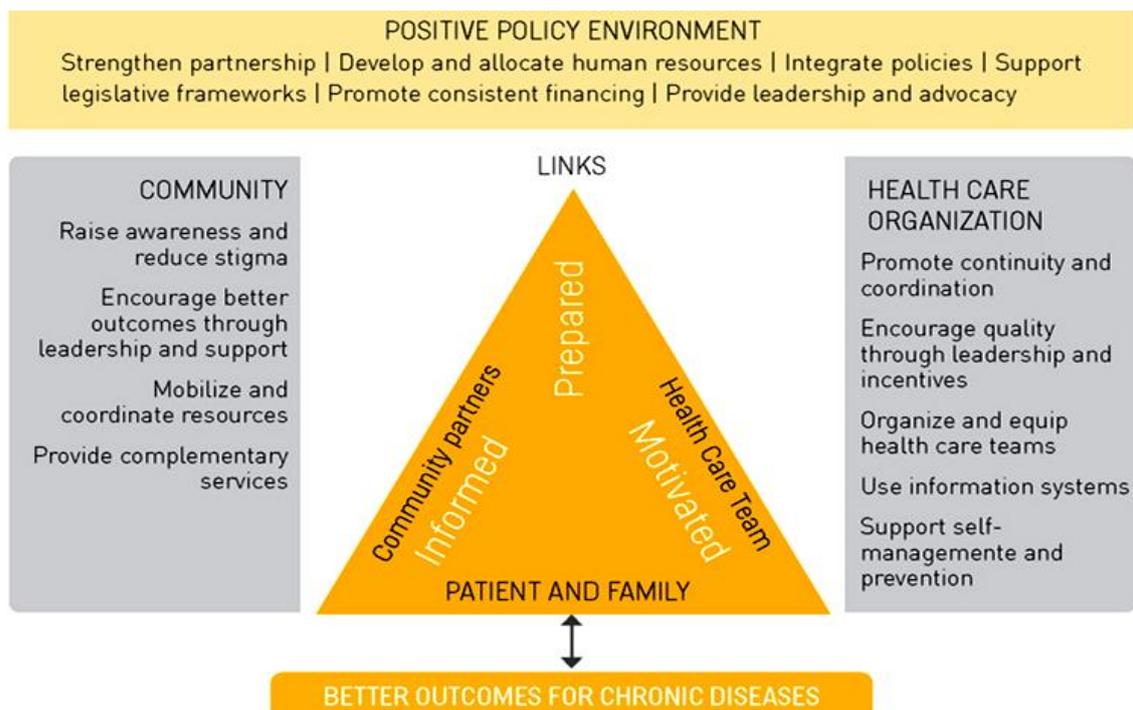
12. Vilagut, G; et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*. 2005; 19(2): p. 135-150.
13. IMIM. Puntuación de la versión española del Cuestionario SF-36. Manual. Barcelona: Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM), Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios; 2000.
14. Vilagut, G; et al. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*. 2008 Mayo; 130(19): p. 726-735.
15. Alonso, J; Regidor, E; Barrio, G; Prieto, L; Rodríguez, C; De La Fuente, L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*. 1998; 111: p. 410-416.
16. López-García, E; Gutiérrez-Fisac, J.L; et al. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina Clínica*. 2003; 120(568-573).

## 9.- ANEXOS

### Anexo 1. Modelo de Cuidado Crónico (CCM)



### Anexo 2. Modelo de Atención Innovadora para Condiciones Crónicas (ICCC)



Anexo 3. Modelo de Consentimiento informado

 <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO C/ Ramón y Cajal, 3 47005 - VALLADOLID</p>	<p><b>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS</b> HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID Versión 6 de 22-09-2015</p>	<p>Código: FO-P-07-04 Edición: 02 Unidad: iHCUV Fecha: 10/01/2017 Pág.: 1 de 2</p>	 <p>Sacyl SALUD DE CASTILLA Y LEÓN</p>
--	---	--	---

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE  
MUESTRAS BIOLÓGICAS**

**HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID**

**SERVICIO:**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:**

**TELÉFONO DE CONTACTO:**

**EMAIL:**

**NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO: “CALIDAD DE VIDA Y DOLOR.”**

**VERSIÓN DE DOCUMENTO: 10-01-2017**

**I) Finalidad de la línea de trabajo propuesta:**

*Con la recogida de datos referentes a la calidad de vida que considera tener actualmente se quiere valorar sus necesidades sociosanitarias. A partir de los resultados obtenidos, estableceremos unos cuidados de enfermería que respondan en mayor medida a su situación y necesidades para que usted esté más confortable durante su proceso de enfermedad.*

*Los resultados de estos estudios ayudarán probablemente a tratar de manera más precisa y completa a los enfermos con una enfermedad como la suya.*

**II) Algunas consideraciones sobre su participación:**

Es importante que Vd., como participante en esta línea de trabajo, conozca varios aspectos importantes:

A) Su participación es totalmente voluntaria. Dentro del proceso de asistencia en el centro de salud por su enfermedad, se realizará una encuesta clínica. Esta encuesta no interferirá con los procesos diagnósticos o terapéuticos que usted ha de recibir por causa de su enfermedad

B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.

C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio. No obstante, la información generada en el mismo podría ser fuente de beneficios comerciales. En tal caso, están previstos mecanismos para que estos beneficios reviertan en la salud de la población, aunque no de forma individual en el participante.

D) La información obtenida se almacenará en una base de datos, en soporte informático, registrada en la Agencia Española de Protección de Datos, según lo indicado en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999), de 13 de diciembre). Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada.

E) En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio.

F) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos. En estos dos últimos casos, se solicitará antes autorización al CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica) del Área de Salud Valladolid Éste.

G) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria que Vd. recibe/recibirá.

H) Es posible que los estudios realizados aporten información relevante para su salud o la de sus familiares. Vd. tiene derecho a conocerla y transmitirla a sus familiares si así lo desea.

I) Sólo si Vd. lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

*Se entrega copia de este documento al paciente*

1

 <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO C/ Ramón y Cajal, 3 47005 - VALLADOLID</p>	<p><b>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS</b> HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID Versión 6 de 22-09-2015</p>	<p>Código: FO-P-07-04 Edición: 02 Unidad: iHCUV Fecha: 10/01/2017 Pág.: 2 de 2</p>	 <p>Sacyl SALUD DE CASTILLA Y LEÓN</p>
--	---	--	---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.**

**Estudio** VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Yo, \_\_\_\_\_  
(nombre y apellidos de paciente ó representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada.  
He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.  
He podido hacer preguntas sobre el estudio.  
He recibido suficiente información sobre el estudio.  
He hablado del estudio con \_\_\_\_\_  
(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.  
Comprendo que puedo retirarme del estudio:  
1.- Cuando quiera.  
2.- Sin tener que dar explicaciones.  
3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.  
Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesite obtener nuevos datos. ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda)

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante para mi salud o la de mis familiares ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda)

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
<i>EN CALIDAD DE (Parentesco, tutor legal, etc.)</i>		

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
------------------------	--------------------	-------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.**

**APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)**

Yo \_\_\_\_\_ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha \_\_\_\_\_

**Firma:**

*Se entrega copia de este documento al paciente*

Anexo 4. Cuestionario empleado para el estudio

Datos para el estudio			
Día:	Mes:	Año: (20...)	Número identificador:
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Julio	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Agosto	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Septiembre	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Octubre	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Noviembre	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Diciembre	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 31		6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
		7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
		8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
		9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## Calidad de vida en G3

SEXO: Hombre / Mujer

EDAD: \_\_\_\_\_

LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA: (indique el centro de salud donde se realiza o la unidad de hospitalización en la que se encuentra)

Domicilio / Teléfono / Centro de Salud / Hospital

PATOLOGÍA DEL PARTICIPANTE: (marque tantas como sean)

Cardíaca	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Osteomuscular	<input type="checkbox"/>	Terminal	<input type="checkbox"/>
Ictus	<input type="checkbox"/>	Respiratoria	<input type="checkbox"/>	Mental	<input type="checkbox"/>	Oncológica	<input type="checkbox"/>
Neurodegenerativa	<input type="checkbox"/>	Digestiva	<input type="checkbox"/>	Renal	<input type="checkbox"/>	Otras:	<input type="checkbox"/>

ÍNDICE DE BARTHEL (ABVD): puntuación total \_\_\_\_\_

MINI-MENTAL: puntuación total \_\_\_\_\_

ESCALA EVA: marque el número represente el dolor que tiene actualmente, siendo el 10 el valor de máximo dolor:

No dolor

Insoponible

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

1. En general, usted diría que su salud es: (marque un solo número)

- Excelente.....1
- Muy buena.....2
- Buena.....3
- Regular.....4
- Mala.....5

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año? (marque un solo número)

- Mucho mejor ahora que hace un año..... 1  
 Algo mejor ahora que hace un año..... 2  
 Más o menos igual que hace un año.....3  
 Algo peor ahora que hace un año..... 4  
 Mucho peor ahora que hace un año.....5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual. ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto? (marque un solo número por cada pregunta)

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho.	Sí, me limita un poco.	No, no me limita nada.
a. <b>Esfuerzos intensos</b> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	1	2	3
b. <b>Esfuerzos moderados</b> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra.	1	2	3
d. Subir <b>varios</b> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <b>un solo</b> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas.	1	2	3
g. Caminar <b>un kilómetro o más</b> .	1	2	3
h. Caminar <b>varias manzanas</b> (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar <b>una sola manzana</b> (unos 100 metros).	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo.	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa su salud física? (marque un solo número por cada pregunta)

	SÍ	NO
a. ¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas	1	2
b. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo <b>dificultad</b> para hacer su trabajo o actividades cotidianas (le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)? (marque un solo número por cada pregunta)

	SÍ	NO
a. ¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2
b. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <b>cuidadosamente</b> como de costumbre, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (marque un solo número)

Nada..... 1  
 Un poco..... 2  
 Regular..... 3  
 Bastante..... 4  
 Mucho..... 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (marque un solo número)

No, ninguno..... 1  
 Sí, muy poco..... 2  
 Sí, un poco..... 3  
 Sí, moderado..... 4  
 Sí, mucho..... 5  
 Sí, muchísimo..... 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? (marque un solo número)

Nada..... 1  
 Un poco..... 2  
 Regular..... 3  
 Bastante..... 4  
 Mucho..... 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo... (marque un solo número por cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. se sintió tan baja de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d. se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? (marque un solo número)

- Siempre.....1  
 Casi siempre ..... 2  
 Algunas veces.....3  
 Solo algunas veces.....4  
 Nunca .....5

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases: (marque un solo número por cada pregunta)

	<b>Totalmente cierta</b>	<b>Bastante cierta</b>	<b>No lo sé</b>	<b>Bastante falsa</b>	<b>Totalmente falsa</b>
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
b. Estoy tan sano como cualquiera.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
c. Creo que mi salud va a empeorar.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
d. Mi salud es excelente.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**¡Gracias por contestar a este cuestionario!**

Anexo 5. Normas poblacionales de las puntuaciones sumario (ISF e ISM) por grupos de edad y sexo<sup>(15)</sup>

Grupos de edad		Total		Mujeres		Varones	
		CSF	CSM	CSF	CSM	CSF	CSM
18-24 años (n = 2.081) <sup>a</sup>	Media (DE)	54,80 (5,81)	50,22 (9,23)	54,58 (6,19)	48,92 (10,01)	55,02 (5,41)	51,47 (8,23)
	Percentil 5	41,98	29,73	41,50	25,76	44,06	33,52
	Percentil 10	47,69	39,67	46,91	35,47	48,58	42,93
	Percentil 20	52,10	45,49	51,61	43,46	52,45	47,50
	Percentil 30	53,81	48,54	53,48	46,96	54,21	50,12
	Percentil 40	54,99	50,44	54,76	49,19	55,21	51,49
	Mediana	56,06	51,84	55,78	50,75	56,22	52,97
	Percentil 60	56,79	53,75	56,61	52,49	56,96	54,47
	Percentil 70	57,51	55,43	57,40	54,56	57,53	55,82
	Percentil 80	58,45	57,46	58,53	56,68	58,41	57,80
	Percentil 90	59,96	59,51	60,21	59,45	59,69	59,53
	Percentil 95	61,52	60,13	61,85	60,13	61,23	60,13
25-34 años (n = 2.801) <sup>a</sup>	Media (DE)	54,42 (6,10)	50,58 (8,62)	53,87 (6,74)	49,62 (9,68)	54,96 (5,36)	51,53 (7,32)
	Percentil 5	41,26	32,89	39,44	27,92	44,56	38,80
	Percentil 10	47,08	40,83	44,64	37,23	49,23	43,58
	Percentil 20	51,93	46,19	50,93	44,69	52,75	47,22
	Percentil 30	53,73	48,80	53,05	47,88	54,33	49,61
	Percentil 40	54,96	50,73	54,42	50,00	55,36	51,31
	Mediana	55,77	52,39	55,43	51,88	56,09	52,90
	Percentil 60	56,52	53,87	56,31	53,58	56,74	54,20
	Percentil 70	57,27	55,37	57,13	55,03	57,36	55,60
	Percentil 80	58,19	57,04	58,10	57,05	58,28	56,96
	Percentil 90	59,55	58,92	59,59	59,05	59,54	58,92
	Percentil 95	61,08	60,01	61,47	60,10	60,62	59,97
35-44 años (n = 1.730) <sup>a</sup>	Media (DE)	52,80 (7,77)	50,48 (9,12)	52,12 (8,05)	49,33 (10,18)	53,52 (7,40)	51,68 (7,67)
	Percentil 5	34,50	30,61	34,96	26,22	34,37	38,75
	Percentil 10	41,43	39,73	40,05	34,75	45,72	43,36
	Percentil 20	49,96	45,19	48,17	43,83	51,85	46,47
	Percentil 30	52,60	48,12	51,29	47,22	53,49	49,30
	Percentil 40	54,02	50,58	53,16	49,59	54,69	51,23
	Mediana	55,09	52,56	54,37	51,80	55,56	53,24
	Percentil 60	55,96	54,09	55,51	53,46	56,35	54,69
	Percentil 70	56,73	56,03	56,52	55,49	56,91	56,41
	Percentil 80	57,62	57,55	57,57	57,40	57,70	57,66
	Percentil 90	59,12	59,29	59,39	59,14	58,89	59,36
	Percentil 95	60,67	60,10	60,86	60,13	59,88	60,09
45-54 años (n = 622) <sup>a</sup>	Media (DE)	50,15 (9,24)	50,58 (10,08)	49,16 (9,77)	48,95 (10,87)	51,16 (8,56)	52,24 (8,93)
	Percentil 5	28,22	26,70	27,77	23,68	32,41	38,58
	Percentil 10	34,84	38,58	32,56	32,88	37,72	43,30
	Percentil 20	45,25	46,06	42,59	43,62	47,21	49,00
	Percentil 30	49,42	49,67	47,49	47,40	51,19	50,71
	Percentil 40	51,60	51,32	50,36	50,36	52,78	52,41
	Mediana	53,12	53,09	51,98	51,88	54,12	53,91
	Percentil 60	54,59	54,45	53,78	53,68	55,05	55,30
	Percentil 70	55,52	56,15	55,21	55,22	55,78	57,01
	Percentil 80	56,57	57,72	56,42	56,94	56,70	58,39
	Percentil 90	58,19	59,58	58,23	59,12	58,01	59,97
	Percentil 95	59,45	60,54	60,20	60,12	59,35	60,81
55-64 años (n = 647) <sup>a</sup>	Media (DE)	46,68 (10,41)	49,28 (10,91)	45,87 (10,46)	47,55 (11,69)	47,68 (10,27)	51,40 (9,46)
	Percentil 5	24,63	26,44	24,20	24,25	25,39	28,37
	Percentil 10	31,38	32,91	30,25	31,19	32,04	42,16
	Percentil 20	38,46	42,22	37,89	39,64	39,19	46,87
	Percentil 30	43,07	47,19	42,32	44,27	45,18	49,73
	Percentil 40	46,53	49,73	44,88	48,15	48,36	52,11
	Mediana	49,44	51,88	47,54	50,06	51,63	54,01
	Percentil 60	51,91	54,17	50,19	52,61	53,11	55,35
	Percentil 70	53,64	55,77	52,49	54,99	54,47	56,51
	Percentil 80	55,24	57,57	54,34	57,10	55,87	58,07
	Percentil 90	57,00	59,97	56,92	59,94	57,15	60,13
	Percentil 95	58,91	61,35	59,37	61,69	58,52	61,10
65-74 años (n = 1.692) <sup>a</sup>	Media (DE)	44,82 (10,26)	49,70 (10,73)	43,21 (9,65)	47,29 (10,73)	46,54 (10,85)	52,29 (9,96)
	Percentil 5	24,54	26,91	23,43	23,39	24,90	33,13
	Percentil 10	28,85	33,25	27,79	29,22	30,27	40,19
	Percentil 20	35,32	42,67	33,14	37,79	40,16	46,74
	Percentil 30	41,04	47,03	38,33	44,28	44,33	50,21
	Percentil 40	44,58	50,13	42,35	47,77	47,02	52,85
	Mediana	47,57	52,68	45,27	50,15	49,04	54,49
	Percentil 60	49,60	54,72	48,19	52,47	50,90	55,98
	Percentil 70	51,61	56,30	50,52	55,09	52,94	57,49
	Percentil 80	53,77	58,25	52,52	56,78	54,59	59,17
	Percentil 90	56,00	60,21	55,43	58,98	56,41	60,88
	Percentil 95	57,12	61,91	56,74	61,18	57,57	62,44
≥ 75 años (n = 1.312) <sup>b</sup>	Media (DE)	40,16 (11,62)	48,64 (11,58)	38,96 (11,25)	47,07 (11,68)	42,16 (12,03)	51,30 (10,83)
	Percentil 5	20,08	24,24	19,43	22,66	22,43	29,57
	Percentil 10	23,67	30,13	23,30	27,59	24,26	35,66
	Percentil 20	27,97	40,01	27,24	36,80	30,18	45,54
	Percentil 30	33,52	45,55	31,60	43,21	36,08	48,84
	Percentil 40	37,43	48,89	35,94	46,76	41,36	51,71
	Mediana	42,07	51,81	39,60	49,96	44,89	53,46
	Percentil 60	45,26	53,75	43,84	52,73	48,03	55,36
	Percentil 70	48,20	55,65	46,67	54,46	50,38	57,43
	Percentil 80	51,67	58,07	50,17	56,72	52,60	59,56
	Percentil 90	54,43	60,80	53,93	59,83	54,96	62,16
	Percentil 95	56,38	63,09	56,35	62,04	56,44	63,43

<sup>a</sup>De 18 a 64 años: datos procedentes de la «Encuesta domiciliar sobre el uso de drogas»<sup>14</sup>. <sup>b</sup>De 65 años o más: datos procedentes del estudio «Hipertensión arterial y otros factores de riesgo en la población de 60 y más años en España»<sup>20</sup>.  
CSF: componente sumario físico; CSM: componente sumario mental; DE: desviación estándar.

*Anexo 6. Prevalencias de las patologías investigadas en el área de salud de Valladolid Este*

Se realiza una investigación paralela en las zonas básicas de salud tomadas como referencia para el presente estudio de “*Valoración de la calidad de vida en los pacientes crónicos pluripatológicos*”, que son La Victoria y Magdalena, con el fin de obtener datos referentes a la prevalencia de las patologías más predominantes en la población.

Para ello se selecciona a la población mayor de 50 años con el fin de hacer referencia al criterio de inclusión del presente estudio de valoración de la calidad de vida, sin ser necesaria su catalogación como G3. Además, se revisan las patologías de mayor incidencia en la población y que recogen un programa de cuidados y actuación específico en la Cartera de Servicios de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Estas son diabetes, hipertensión arterial (HTA) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

**TABLA 3. PREVALENCIAS DE PATOLOGÍAS EN LA POBLACIÓN TOTAL DE CADA ZONA BÁSICA ANALIZADA Y EN LA MUESTRA DEL ESTUDIO “VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS”.**

	MAGDALENA		LA VICTORIA	
	ZBS	ESTUDIO	ZBS	ESTUDIO
<b>POBLACIÓN TOTAL</b>	<b>4688</b>	<b>40</b>	<b>7468</b>	<b>40</b>
<b>HTA</b>	43,43	59	51,62	50
<b>DIABETES</b>	17,04	41	16,78	57,5
<b>EPOC</b>	5,18	33,3	4,65	25

*Datos referentes a fecha 23 de mayo de 2017. Fuente: creación propia.*

De este modo se observa que, dentro de cada patología, gran cantidad de los pacientes diagnosticados de alguna de ellas está catalogado como paciente crónico pluripatológico G3.