



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO: EFECTIVIDAD DE LA
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TEMPRANO
DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DEL PACIENTE DESPUÉS DE LA HOSPITALIZACIÓN
POR FALLA CARDIACA, EN UN INSTITUTO DE LIMA 2024

RANDOMIZED CLINICAL TRIAL: EFFECTIVENESS OF THE
IMPLEMENTATION OF AN EARLY NURSING FOLLOW-UP PROGRAM
ON THE QUALITY OF LIFE AND ADHERENCE TO PATIENT
TREATMENT AFTER HOSPITALIZATION FOR HEART FAILURE, IN AN
INSTITUTE IN LIMA 2024

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

AUTOR

MASAKO ALICIA DURAND MORISHIGUE

ASESOR

DANIEL FLAVIO CONDOR CAMARA

LMA – PERÚ

2025

ASESOR DEL TRABAJO ACADÉMICO

ASESOR

Mg. Daniel Flavio Condor Camara

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0001-7131-6537

Fecha de Aprobación: 28 de Marzo del 2025

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

A mi familia, por su apoyo incondicional y por motivarme a seguir adelante.

¡Gracias por estar siempre ahí y celebrar cada logro a nivel profesional!

A mi novio, quien siempre me alentó a nunca rendirme y a seguir mis sueños.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Peruana Cayetano Heredia por la oportunidad de cursar el Programa de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Cardiología, una experiencia que ha marcado un hito en mi desarrollo profesional.

Al Instituto Nacional Cardiovascular “Carlos Alberto Peschiera Carrillo” - INCOR, que permitió realizar mi formación como enfermera especialista y de haber sido el escenario ideal para poner en práctica mis conocimientos.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo de investigación es autofinanciado.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

La autora declara no tener ningún conflicto de interés.

RESULTADOS DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA | Facultad de ENFERMERÍA

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO: EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TEMPRANO DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DESPUÉS DE LA HOSPITALIZACIÓN POR FALLA CARDIACA, EN UN INSTITUTO DE LIMA 2024

RANDOMIZED CLINICAL TRIAL: EFFECTIVENESS OF THE IMPLEMENTATION OF AN EARLY NURSING FOLLOW-UP PROGRAM ON THE QUALITY OF LIFE AND ADHERENCE TO PATIENT TREATMENT AFTER HOSPITALIZATION FOR HEART FAILURE, IN AN INSTITUTE IN LIMA 2024

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

AUTOR

MASAKO ALICIA DURAND MORISHIGUE

ASESOR

DANIEL FLAVIO CONDOR CAMARA

LMA – PERÚ

2025

23% Similitud estándar Filtros

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas i ○

1	Internet	⊘ ✓
repositorio.upch.edu.pe 2%		
6	bloques de texto	120 palabra que coinciden
2	Internet	⊘ ✓
www.coursehero.com 2%		
10	bloques de texto	103 palabra que coinciden
3	Internet	⊘ ✓
repositorio.ucm.edu.co 2%		
5	bloques de texto	80 palabra que coinciden

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	10
III. MATERIALES Y MÉTODOS	11
IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA	22
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	

RESUMEN

La falla cardíaca es uno de los tipos de enfermedades cardiovasculares más comunes en Latinoamérica y a nivel mundial. En el Perú el 1 % de adultos sufren de IC, lo que indicaría que 239 367 peruanos padecerían de esta enfermedad en el presente año. Por tal motivo, mejorar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de estos pacientes se convierte en un objetivo principal y un reto para los profesionales de enfermería, por su papel primordial en la educación como un componente esencial de cuidado. **Objetivo:** Determinar la efectividad de la implementación de un programa de seguimiento temprano de enfermería en la calidad de vida y adherencia al tratamiento del paciente después de la hospitalización por falla cardíaca. **Materiales y Métodos:** el diseño de estudio utilizará un enfoque cuantitativo, tipo experimental. La selección de la unidad de análisis incluye 60 participantes por cada grupo de intervención y de control. La recolección de datos sobre calidad de vida será a través del cuestionario *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), y para la variable adherencia al tratamiento, se utilizará la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos de 8-items (MMAS-8). Se empleará la prueba Chi-cuadrado en SPSS v27 para analizar los datos, la prueba t independiente, la prueba exacta de Fisher y la prueba de Friedman. Se establece un nivel de significancia estadística $P < 0,05$.

Palabras clave: insuficiencia cardíaca, calidad de vida, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Heart failure is one of the most common types of cardiovascular disease in Latin America and worldwide. In Peru, 1% of adults suffer from HF, which indicates that 239 367 Peruvians will suffer from this disease this year. Therefore, improving the quality of life and treatment adherence of these patients becomes a primary objective and a challenge for nursing professionals, given their essential role in education as an essential component of care. **Objective:** To determine the effectiveness of implementing an early nursing follow-up program on patient quality of life and treatment adherence after hospitalization for heart failure. **Materials and Methods:** The study design will use a quantitative, experimental approach. The analysis unit selection includes 60 participants for each intervention and control group. Data on quality of life will be collected using the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), and for the treatment adherence variable, the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) will be used. The chi-square test in SPSS v27 will be used to analyze the data, as well as the independent t test, Fisher's exact test, and the Friedman test. Statistical significance level is set at $P < 0.05$.

Keywords: heart failure, quality of life, treatment adherence.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardíacas forman parte de las principales causas de mortalidad y discapacidad (1), dentro de ellas, la falla cardíaca es uno de los tipos de enfermedad cardiovascular más comunes en Latinoamérica y a nivel mundial (2,3). Asimismo, la insuficiencia cardíaca (IC), también conocida como falla cardíaca, afectaría a más de 60 000 de personas en el mundo, de estos pacientes, el 50% morirá dentro de los 3 a 5 años posteriores al diagnóstico y el 30 % será readmitido en el hospital dentro de los 60 a 90 días posterior al alta, convirtiendo a la falla cardíaca en el razón más frecuente de hospitalización en adultos mayores (4). Así también, el estudio Rotterdam (5), demostró que la frecuencia de insuficiencia cardíaca se incrementa con la edad, con una media de 77 años. Inicialmente, esta enfermedad es más común en hombres, pero con la edad esta tendencia cambia y afecta más a las mujeres.

Al mismo tiempo, en un metaanálisis sobre la falla cardíaca en América Latina se estima que el alcance de la falla cardíaca puede llegar alrededor 200 casos anuales por 100 000 habitantes, además se promedia la edad de 61 años, una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de 36%, una prevalencia del 1%, una tasa del 30% de pacientes hospitalizados y una permanencia alrededor de 7 días, la mortalidad intrahospitalaria de 11.7% y la mortalidad anual del 24,52%.(6)

En el Perú en el año 2019, dentro de las enfermedades no transmisibles, la falla cardíaca se consideró como la tercera causa de muerte (18,4 x 100 mil hab.) (7), asimismo, en un estudio realizado en el hospital Edgardo Rebagliati Martins, realizado por Marco Pariona y colaboradores (8), encontraron que la mediana de edad era de 74 años, el 55% eran del sexo masculino, el 30% estuvieron hospitalizados y la mortalidad intrahospitalaria del 7.2%, además de presentar afecciones coexistentes.

Actualmente, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) refiere que el número de habitantes en el Perú para el año 2024 es de 34 110 973 habitantes, dentro de ellos la población adulta entre 18 a 60 años a más, equivaldría a 23 936 753 habitantes (9), asimismo, se estima que el 1 % de adultos sufren de insuficiencia cardíaca (10), lo que indicaría que 239 367 peruanos padecerían de esta enfermedad en el presente año.

La IC con fracción de eyección reducida se caracteriza por un diagnóstico clínico de falla cardíaca junto con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) menor 40%, presentando tanto disfunción sistólica como diastólica del ventrículo izquierdo. En este grupo, la causa más común es la enfermedad coronaria con el antecedente de infarto de miocardio (1). Esta condición afecta principalmente a personas adultas y con riesgo de muerte prematura (con una FEVI promedio del 36%) alrededor de los 60 años (6), lo que podría indicar una alta prevalencia de insuficiencia cardíaca sintomática entre los pacientes, impactando notablemente en los resultados de salud y la calidad de vida (11).

Cabe destacar que las rehospitalizaciones por insuficiencia cardíaca ocurren en 1 de cada 4 pacientes dentro de los 30 días posteriores al alta y siguen siendo una carga significativa para los pacientes y los hospitales, además, después de 1 año, 1 de cada 3 muere (12). Este reingreso hospitalario puede incluir incumplimiento o falta de adherencia, falta de atención o comprensión de la enfermedad, efectos secundarios de nuevo medicamentos, complicaciones en el hospital, etc (13). Por ese motivo, es importante investigar las razones del reingreso para poder implementar las medidas necesarias para prevenir futuros reingresos.

Por lo cual la insuficiencia cardíaca es una afección cardíaca común y crónica con alta prevalencia y tasas de mortalidad, lo que resulta en altos costos de tratamiento para la población general (14,15). Esta enfermedad debilitante, como importante predictor de resultados de salud, está directamente relacionada con la capacidad para realizar actividades diarias, la adherencia al tratamiento y la esperanza de vida de los pacientes. Por ese motivo, el tratamiento busca mejorar la calidad de vida retrasando el progreso de la enfermedad, optimando la supervivencia; parece necesario realizar intervenciones de enfermería eficaces para abordar las necesidades de los pacientes (16).

Además, la adherencia a la medicación es crucial para determinar el manejo exitoso de la falla cardíaca; sin embargo, muchos pacientes evidencian dificultades para continuar con las indicaciones médicas luego del alta hospitalaria.

Según la guía de atención de enfermería del año 2017 (17), la atención de enfermería en pacientes con IC se consolida en:

- Orientar sobre el cuidado personal y educación en salud.
- Identificación precoz de signos de alarma y la implementación de medidas para prevenir la descompensación.
- Promover el cumplimiento de la medicación y adoptar hábitos saludables.
- Personalizar el plan de cuidados de enfermería, considerando las necesidades del paciente.
- Aconsejar a los pacientes y su familia, ofreciendo explicaciones claras y comprensibles.
- Acompañamiento emocional para combatir la enfermedad y la discapacidad.

Por ese motivo, un plan de seguimiento temprano desde la hospitalización permite al enfermero dirigir intervenciones personalizadas y basadas en evidencia que fomenten el autocuidado, cumplimiento terapéutico farmacológico y no farmacológico, mejorando la calidad de vida, en consecuencia, reducir la tasa de reingreso hospitalario (18).

Sin embargo muchas veces, el plan de alta o un programa de seguimiento temprano, es un proceso que carece de uniformidad, lo que genera variaciones en su ejecución, por ende la intervención del profesional de enfermería se reduce a brindar educación sobre las indicaciones médicas tras el alta, sin incluir un seguimiento propio de enfermería (18). Para garantizar una evolución favorable y efectiva del paciente desde el medio hospitalario a su hogar; un programa de seguimiento temprano de enfermería debería abordar una serie de aspectos importantes como: educación sobre la enfermedad, manejo de medicamentos, nutrición, manejo de líquidos, ejercicios y/o actividad física, telemonitoreo, visitas domiciliarias, seguimiento y citas médicas, apoyo emocional y/o psicológico, cuidado personal, seguridad en el hogar y contacto de emergencia.

La educación dirigida por enfermeras puede mejorar los resultados de los pacientes con IC, como en el estudio realizado por Nwosu W. et al. (19) en el año 2023, donde los resultados confirmaron el impacto significativo de los programas educativos dirigidos por enfermeras, en la disminución de las tasas de reingreso relacionado con la insuficiencia cardíaca; además agregaron que intervenciones de enfermería que incluyen visitas domiciliarias, podrían ser más efectivas que aquellas sin visitas domiciliarias.

Del mismo modo, Lima M et al. (20) en el año 2020 menciona que los buenos niveles de alfabetización sanitaria se asocian con mejores niveles de calidad de vida en pacientes hospitalizados por IC. Además, las tasas más altas de reingreso hospitalario se relacionan a un bajo nivel de calidad de vida, en consecuencia, aumentaría el impacto de las hospitalizaciones recurrentes por IC.

El desarrollo de programas de enfermería sobre seguimiento de paciente con diagnóstico de falla cardíaca ha resultado ser una táctica segura para mejorar la atención de salud. Como lo relata el estudio realizado por Betancur y García (21) en el año 2022, donde evaluó el impacto positivo en pacientes con IC desde la hospitalización, a través de la ejecución de un plan de alta de enfermería; el cual impulsó el autocuidado de manera significativa al incorporar elementos educativos y motivacionales que refuerzan hábitos saludables y proporcionan estrategias para gestionar los síntomas. Este facilitó que los pacientes participaran activamente en el cambio de sus comportamientos para alcanzar un mejor estado de salud.

Asimismo, en otro estudio realizado por Cui X et al. (22) en el año 2019, el cual tuvo como objetivo establecer la efectividad de un programa educativo organizado encaminado por enfermeras sobre el bienestar personal del paciente, el control de los síntomas y el reingreso hospitalario. En la cual se asoció con una mejor capacidad de autocuidado de los pacientes, incluido el cumplimiento y la administración de la medicación, modificaciones dietéticas, apoyo social y psicológico y control sintomático. La intervención también se asoció con una reducción de los reingresos hospitalarios por causas cardíacas dentro de los primeros 12 meses posteriores al alta.

Otro estudio realizado por Stahlman et al. (12) en el año 2023, donde implementaron una intervención educativa sobre insuficiencia cardíaca para pacientes con ingresos recientes por insuficiencia cardíaca aguda descompensada; tuvieron como resultado que la implementación de una clase educativa mejoró la confianza y la capacidad de autocontrol de la IC, optimando la calidad de vida del paciente, además, los reingresos y la asistencia a la unidad de urgencias igualmente disminuyeron.

En el estudio realizado por Betancourt y García (21), encontraron que los usuarios del grupo de intervención fueron sometidos a un programa educativo completo que inició en la unidad de cuidados intensivos, incluyó una evaluación inicial de las necesidades educativas, que continuó con la orientación verbal y escrita del plan de atención al paciente. A continuación, se afianzaron las practicas de autocuidado y se involucró al cuidador. Para garantizar una transición fluida al hogar, el plan de alta del paciente se implementó dos días antes del alta hospitalaria; se llevaron a cabo dos sesiones de 20 minutos para repasar en detalle las instrucciones previas. Siete días después del alta, se efectuó una llamada telefónica para dar seguimiento al plan de alta y reforzar los conocimientos adquiridos. Al cabo de un mes del egreso hospitalario, se llevó a cabo una segunda llamada telefónica para aplicar nuevamente el instrumento de medición, lo que permitió constatar el cambio presentado. Con el objetivo de evaluar el plan de alta, se aplicaron las escalas tanto al grupo de intervención como el grupo control, antes del egreso hospitalario y al mes del alta.

Esta información se complementa con la información proporcionada por el Manual de procedimientos en IC por profesionales de enfermería especialistas del año 2022, donde, dan importancia al éxito del seguimiento de enfermería temprano después del alta hospitalaria, lo que facilita el cambio de la fase aguda al cuidado ambulatorio a

largo plazo. Se recomienda programar la visita entre los 7 y 10 días posteriores al alta (23).

Además, resulta crucial determinar en qué situaciones un contacto aún más temprano, dentro de las primeras 24 – 48 horas, puede aportar un beneficio adicional. Las estrategias de seguimiento precoz que se realizan en el domicilio del paciente o que combinan diversos métodos, como consultas presenciales en el hospital, domiciliarias o telefónicas, han demostrado ser las más eficientes en la reducción de los reingresos hospitalarios (23).

Asimismo, los pacientes con IC que incumplen con la medicación, producen un aumento de la mortalidad y la morbilidad e incremento de los costos de los servicios de salud (24), siendo la falta de adherencia a la medicación un factor conocido que contribuye a la rehospitalización (25), ya que la hospitalización por falla cardíaca se asocia con múltiples modificaciones en la medicación; estas modificaciones a menudo aumentan la complejidad del régimen de medicación y pueden aumentar el riesgo de reingreso y/o visitas al servicio de emergencia (26). Esta relación cíclica hace que el cumplimiento estricto de la medicación sea doblemente importante. Por lo tanto, es fundamental garantizar que, después del alta, los pacientes con insuficiencia cardíaca sigan tomando sus medicamentos de manera constante y correcta en su entorno familiar.

El incumplimiento terapéutico, que abarca tanto los medicamentos como las medidas no farmacológicas, se encuentra entre las causas documentadas más importantes del fracaso en el control de esta enfermedad. La evidencia científica demuestra que la baja adherencia al tratamiento en enfermos crónicos los hacen más propensos a desenlaces

desfavorables (27). Si bien los pacientes comprenden las recomendaciones y saben qué hacer, la dificultad para integrar esos conocimientos en su vida diaria les impide convertir su conocimiento en acciones tangibles, lo que afecta negativamente a su calidad de vida.

Por tal motivo, mejorar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de los pacientes hospitalizados se convierte en un objetivo principal y un reto para los profesionales de enfermería, por su papel primordial en la educación como un componente esencial de cuidado.

En consecuencia, es esencial iniciar estrategias durante la hospitalización, incluyendo el seguimiento temprano, un proceso organizado de valoración, preparación y coordinación que permite brindar cuidados de salud completos con base en la educación y apoyo social antes y después del alta (21). Además que podría reducir las tasas de readmisión en uno y tres meses posteriores al alta y optimizar resultados a largo plazo (28).

La adopción de un programa de seguimiento temprano de enfermería tendría un impacto directo en la optimización de la salud y recursos de la atención médica. Porque podría mejorar las capacidades de autocuidado y la reducción de las hospitalizaciones. Además, el papel de la enfermera(o) especialista en estos programas específicos para pacientes con deterioro de la función cardíaca ha resultado relevante, demostrándose a través de distintas estrategias (visita domiciliaria, seguimiento telefónico, sesiones educativas, etc.) (29), se consigue reducir los reingresos hospitalarios y mejorar la adhesión terapéutica.

En consecuencia, este estudio podría guiar e informar el desarrollo del actuar de enfermería en individuos con diagnóstico de deterioro de la función cardíaca, por lo

tanto es necesario evaluar la efectividad de la implementación de un programa de seguimiento temprano de enfermería del paciente después de la hospitalización, lo que podría también estar asociada a una menor tasa de reingresos, asimismo, proporcionaría evidencia de la eficacia del cuidado de enfermería en la calidad de vida y adherencia al tratamiento. Asimismo, estas intervenciones de enfermería se podrían replicar en otras instituciones que cuenten con programas de falla cardiaca liderado por enfermería.

Con base a lo anterior, se propone la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la efectividad de la implementación de un programa de seguimiento temprano de enfermería en la calidad de vida y adherencia al tratamiento del paciente después de la hospitalización por falla cardiaca?

Hipótesis

H₁: La efectividad de la implementación de un programa de seguimiento temprano de enfermería influye en la calidad de vida y adherencia al tratamiento del paciente después de la hospitalización por falla cardiaca.

H₀: La efectividad de la implementación de un programa de seguimiento temprano de enfermería no influye en la calidad de vida y adherencia al tratamiento del paciente después de la hospitalización por falla cardiaca.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la efectividad de la implementación de un programa de seguimiento temprano de enfermería en la calidad de vida y adherencia al tratamiento del paciente después de la hospitalización por falla cardíaca.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la calidad de vida del paciente hospitalizado por falla cardíaca antes y después de la implementación del programa de seguimiento temprano de enfermería, en el grupo de intervención y de control.
2. Identificar la adherencia al tratamiento del paciente hospitalizado por falla cardíaca antes y después de la implementación del programa de seguimiento temprano de enfermería, en el grupo de intervención y de control.
3. Evaluar la efectividad de la implementación de un programa de seguimiento temprano de enfermería en la calidad de vida y adherencia al tratamiento del paciente después de la hospitalización por falla cardíaca.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Se utilizará un enfoque cuantitativo, tipo experimental porque se mide la efectividad de la implementación del seguimiento temprano de enfermería en la optimización de calidad de vida y la adherencia al tratamiento del paciente, además, se asigna aleatoriamente a los participantes a un grupo experimental o aun grupo control. La implementación del seguimiento temprano, solo se realizará en el grupo experimental, en tanto el grupo control solo recibirá atención estándar.

El diseño que se presentará se indica a continuación:

G1	O ₁	X	O ₂
G2	O ₃		O ₄

G1 = Grupo experimental

G2 = Grupo control

O₁ = Pretest grupo experimental

X = Programa de intervención

O₂ = Post test grupo experimental

O₃ = Pretest grupo control

O₄ = Post test grupo control

Área de estudio:

Se realizará en el Instituto Nacional Cardiovascular “Carlos Alberto Peschiera Carrillo”, en áreas de hospitalización de cardiología, distrito Jesús María.

Población:

Estará conformado por pacientes adultos que se encuentren hospitalizados con diagnóstico de falla cardíaca por distintas causas y que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

Para participar en el programa, los participantes deben tener la mayoría de edad a más, además de haber sido diagnosticados con falla cardíaca sistólica y diastólica en clase funcional I-IV de la NYHA (*New York Heart Association*) y fracción de eyección: $< 40\%$, que tengan un tiempo de hospitalización > 24 horas y que brinden su consentimiento informado para poder participar del estudio.

Criterios de Exclusión:

Sujetos con afecciones mentales, inestabilidad hemodinámica y enfermedad terminal, además, participantes que deciden no continuar en la investigación durante el seguimiento, individuos que deceden durante el desarrollo del estudio.

Muestra:

La muestra estará constituida por 60 participantes por grupo (Ver anexo 4), la cual es calculada por el programa Openepi online, con una significancia de 95% y un poder de 80% y la razón de tamaño de la muestra (grupo Intervención /grupo control) de 1. En el grupo de intervención con una media de 52.1 y desviación estándar de 10.1, en

base al reporte realizado por Rodriguez M, et al. (30). En el grupo de control con una media de 48 y desviación estándar de 5.1, en base al reporte realizado por Cui X, et al. (22). Los pacientes se asignarán mediante el muestreo aleatorio simple, en la cual se asignará un número a todos los miembros de la muestra y utilizando un programa computarizado, se seleccionará a los participantes para el grupo de intervención y el grupo no intervenido.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicadores	Escala de Medición	Escala de Clasificación
Calidad de vida	Mide la percepción individual sobre la satisfacción del individuo en el contexto de su cultura, metas, valores, expectativas, normas y preocupaciones.	Física	Se entiende como la ausencia de enfermedad, sus síntomas o efectos adversos causados por tratamientos	• Acumulación de líquidos • Tareas diarias. • Reposo y movimiento,	Ordinal	Mejor Calidad de Vida: 0-35
		Emocional	Se entiende como una construcción sociocultural que alude a experiencias que provee sentido y orientación a la persona.	• Interacciones humanas • Relación sentimental • Ocupaciones laborales - Inquietud - Retención de información		Regular Calidad de Vida: 36 - 70 Peor Calidad de Vida: 71 -105

Adherencia al tratamiento	Mide qué tan bien los pacientes se adhieren a las indicaciones médicas, toma de medicamentos, adopción de hábitos saludables y modificaciones en la dieta.	Barreras en la adherencia a la medicación	Grado de cumplimiento de la terapia médica óptima del adulto hospitalizado por falla cardíaca, demostrado en el resultado de la escala de Morisky.	• Conductas involuntarias • Conductas intencionales	Ordinal	Alta adherencia: > 8 Mediana Adherencia: 6 -7 Ala Adherencia: 8
----------------------------------	--	---	--	--	---------	---

Técnica e instrumento de recolección

En este estudio se empleará la técnica de la entrevista con un cuestionario para recopilar información sobre calidad de vida de los pacientes; el cual será el cuestionario *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) – Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Cardíaca, diseñado por T. Rector (31) en 1987, el cual consta de 21 ítems, reflejado en una puntuación total y dos dimensiones: física (8 ítems), emocional (5 ítems) y otros (8 ítems). Plasmado en una escala tipo Likert de 6 puntos de 0 “no limitación” a 5 “muchísima limitación”. El resultado se conseguirá al sumar el puntaje, de 0 a 105 (peor calidad de vida), Dimensión Física de 0-40 y Dimensión Emocional de 0-25; los demás ítems suman 40. Revalidado a la versión española por Garin (32) en 2008, donde el alfa de Cronbach fue $\geq 0,8$ en las tres puntuaciones, y la reproductibilidad (coeficiente de correlación interclase) también fue elevado (0,74-0,83).

Con respecto a la recolección de datos sobre adherencia al tratamiento, se empleará la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos de 8-ítems (MMAS-8) desarrollada por Morisky, et al (33) en 2008, es una medida de autoinformación estructurada sobre la conducta del tratamiento farmacológico. Basada en 4 ítems validados por Morisky, et al en 1986 (34), el cuestionario consistió en efectuar 4 preguntas de respuesta dicótoma (sí o no) referente a la actuar ante el tratamiento farmacológico (conductas involuntarias) de modo entremetido durante la entrevista clínica. Si estas actitudes son inadecuadas, se atribuye a que el paciente no es adherente al tratamiento. Se evalúa que el paciente es adherente, siempre y cuando responda de manera acertada a las cuatro preguntas (No/Sí/No/ No) (35).

El 2008 se divulgó la versión actualizada del test, aumentando cuatro preguntas más, con un total de ocho preguntas (*8-item Morisky Medication Adherence Scale o MMAS8*), elaborada a partir de las cuatro preguntas iniciales. Estos ítems adicionales examinan las conductas intencionales sobre la infrautilización de la medicación (35).

En general, las posibles respuestas son Si / No para las 7 primeras preguntas, entre tanto, la pregunta 8 se responde en una escala tipo Likert del 0 al 4. La respuesta “no” tendrá el valor de 1 y la respuesta si” tendrá el valor 0, a excepción de la pregunta 5 que se invierten los valores. La pregunta 8, será valorada de 0 a 4, el resultado se divide por 4 para normalizar y calcular la puntuación total. El rango de puntos en la escala MMAS-8 fluctúa de 0 a 8, siendo el puntaje 8 una alta adherencia, los puntajes de 7 o 6 reflejan una adherencia media y el puntaje inferior a 6 refleja baja adherencia (36). Revalidado a la versión China por Yan y colaboradores (37) en el 2014, donde MMAS-8 demostró buena consistencia interna (α de Cronbach = 0,77) y confiabilidad test-retest ($r = 0,88$, $P < 0,001$). Asimismo, en su versión en español, se revalidó el instrumento por Valencia-Monsalvez F, et al. (38) en el año 2017, donde MMAS-8 demostró buena consistencia interna (α de Cronbach = 0,64) y $p < 0,0001$.

Procedimientos:

- Para su revisión y eventual aprobación, el comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia recibirá este estudio.
- Tras la aprobación del comité de ética, se gestionará la autorización a la dirección de investigación y docencia del Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR para el desarrollo del proyecto de investigación.
- Se gestionará comunicación con la jefatura del departamento de Enfermería y con las coordinadoras del servicio de enfermería de Cardiología Clínica y el servicio de Enfermería de Procedimientos Cardiológicos, para la implementación del seguimiento temprano y aplicación de los cuestionarios.
- Para el reclutamiento de participantes, se realizará el seguimiento del censo diario en los servicios de (Hospitalización, Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológicos - UCIC, Unidad de Cuidados Cardiológicos Crónicos - UCCC, Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos - UCCA), se verificará la historia clínica la última ecografía transtorácica y/o transesofágica y fracción de eyección < 40%. De los cuales se escogerá de forma aleatoria a los pacientes que formarán al grupo control y grupo de intervención, mediante un programa computarizado.
- Se entrevistará al paciente y se realizará la firma del consentimiento informado, además se valorará las necesidades educativas mediante un formulario de valoración inicial y se aplicará los cuestionarios de calidad de vida (Escala de Minnesota) y adherencia al tratamiento (Escala de Morisky) tanto al grupo control como al grupo de intervención. La aplicación de los cuestionarios se realizará al inicio y al final del programa de seguimiento temprano de enfermería para ambos grupos, asimismo, solo en el grupo de intervención se desarrollará el seguimiento

temprano, no obstante, quienes no salgan sorteados para el grupo de intervención se aplicará nuevamente los cuestionarios después de terminar el estudio.

- En los 2 días previos al alta, se realizará una sesiones de 30 minutos de manera individualizada en los pacientes del grupo de intervención, la sesión educativa (Anexo 5) incluiría temas como: educación sobre la enfermedad y signos de alarma, manejo de medicamentos, nutrición, manejo de líquidos y actividad física; y con el fin de profundizar la educación brindada, se proporcionará una cartilla con la información precisa que permitirá mejorar la calidad de vida y adherencia al tratamiento, una vez esté en casa. Además, se instará al paciente a tener una balanza y tensiómetro para un mejor control de los síntomas; en caso no cuente con recursos económico, se coordinará con la gerencia para el préstamo o donación de una balanza y/o tensiómetro para el paciente. Al finalizar la primera sesión educativa, se entregará una cartilla informativa con la información proporcionada en la sesión. En caso del grupo control, recibirá la atención habitual.
- El día del alta, se realizará una retroalimentación de la educación brindada con una segunda sesión educativa y se tomará un examen para verificar los conocimientos adquiridos, además se realizará el préstamo o donación de una balanza y/o tensiómetro para el paciente del grupo de intervención. Asimismo, se entregará formatos para que pueda realizar el control de peso, medicamentos, líquidos y actividad física.
- A las 48 horas del alta, se realizará una llamada telefónica para verificar la situación clínica del grupo objetivo.
- A la semana del alta, se realizará una visita domiciliaria; en caso de pacientes que vivan en provincia se coordinará para realizar una videollamada por Zoom o

WhatsApp. A la vez, en caso se encuentren signos de alarma, poder coordinar atención oportuna por el personal de enfermería o médico de turno en la UCCA

- Tras el mes del alta, se realizará una segunda llamada, y realizar retroalimentación sobre los siguientes temas: educación sobre la enfermedad y signos de alarma, manejo de medicamentos, nutrición, manejo de líquidos y actividad física; y con el fin de profundizar la educación brindada. A la vez, en caso se encuentren signos de alarma, poder coordinar atención oportuna por el personal de enfermería o médico de turno en la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos.
- A los tres meses del alta, se realizará llamada de seguimiento en la cual se aplicará nuevamente los cuestionarios, el cual permitirá determinar el efecto deseado.
- A los participantes del grupo de control recibirán el cuidado estándar por enfermería, que constituirá en educación verbal sobre cuidados en el hogar. También se les pedirá que completen encuestas durante su hospitalización y al finalizar el estudio.

Procedimientos éticos del estudio:**Autonomía:**

La investigación respeta la autonomía de los participantes, quienes deciden libremente si desean participar. Los datos recabados se manejarán con estricta confidencialidad y anonimato para proteger la privacidad de los participantes.

No maleficencia:

El estudio garantiza que no se generará daño a la integridad física y psicológica durante el proceso de la investigación.

Beneficencia:

Este ensayo ayudará a evidenciar la efectividad de un programa de seguimiento temprano de enfermería, en consecuencia, el grupo de intervención recibirá el seguimiento antes de alta hospitalaria, además de sesiones educativas, llamadas de seguimiento y el préstamo de material necesario (balanza y tensiómetro) para que pueda hacer un mejor control en casa. El grupo control recibirá la atención estándar, además al finalizar el estudio, recibirá la educación resumida en folletos y una llamada de seguimiento.

Justicia:

Se garantizará un trato cortés y considerado hacia todos los participantes del estudio

Plan de tabulación y análisis

Se creará una base de datos a partir de la información recopilada en el programa Microsoft Excel; se empleará la prueba Chi-cuadrado en SPSS v27 para analizar los datos, la prueba t independiente, la prueba exacta de Fisher y la prueba de Friedman. Se establece un nivel de significancia estadística $P < 0,05$.

IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

4.1 Presupuesto

Bienes y servicios	Descripción	Cantidad	Unidad	Costo Unitario (s/.)	Costo total
Bienes	Lapiceros	5	Unidad	2	10
	Hojas Bond A4	1	Millar	20	20
	USB 64 GB	1	Unidad	50	50
	Tinta de impresora	4	Unidad	35	140
	Copias	100	Unidad	0.10	10
	Resaltadores	5	Unidad	4	20
	Caja de grapas	1	Unidad	15	15
	Engrapador	1	Unidad	15	15
	Sobre manila	5	Unidad	2	10
	Subtotal				290
Servicios	Internet	150	Mes	6	900
	Luz	50	Mes	6	300
	movilidad	15	Semanal	24	360
	Subtotal				1560
TOTAL					1850
IMPREVISTOS (10%)					185
TOTAL FINAL					2035

4.2 Cronograma

Nº	Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
1	Aprobación del proyecto por el comité revisor y el comité de ética	X	X				
2	Autorización por la entidad		X	X			
3	Ejecución del proyecto		X	X	X		
4	Análisis de datos					X	
5	Elaboración del informe final					X	
6	Sustentación						X
7	Informe final						X

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chambergo D, Velit B, Cueva A. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Perú. *Rev. Mex. Angio* [Internet]. 2021 [citado el 18 de abril de 2024]. Vol.48.3. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2020000300084
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>
3. Savarese G, Becher P, Lund L, Seferovic P, Rosano G, Coats A. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* [Internet]. 18 de enero de 2023;118(17):3272–87. Disponible en: <https://academic.oup.com/cardiovasres/article/118/17/3272/6527627?login=false>
4. Gargurevich T. Necesidades Insatisfechas en Insuficiencia Cardiaca en el Perú. *Rev. Per.Card*[Internet]. 2021. [citado el 15 de febrero de 2024]. Vol .47.2: 121-123 Disponible en: <https://sopecard.org/wp-content/uploads/2023/01/6.-Gargurevich.pdf>
5. Hofman A, Brusselle G, Murad S, Van Duijn C, Franco O, Goedegebure A, et al. The Rotterdam Study: 2016 objectives and design update. *Eur J Epidemiol* [Internet]. el 1 de agosto de 2015;30(8):661–708. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-015-0082-x>

6. Ciapponi A, Alcaraz A, Calderón M, Matta M, Chaparro M, Soto N, et al. Burden of Heart Failure in Latin America: A Systematic Review and Meta-analysis. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* [Internet]. noviembre de 2016;69(11):1051–60. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/en-linkresolver-burden-heart-failure-in-latin-S1885585716301451>
7. Vilchez F. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con falla cardíaca en un Hospital de Lima, 2023. (Trabajo Académico) [Internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9812/T061_45230313_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Pariona M, Segura P, Padilla M, Reyes J, Jáuregui M, Valenzuela G. Características clínico epidemiológicas de la insuficiencia cardíaca aguda en un hospital terciario de Lima, Perú. *Rev. Per de Med Exp y Sal Pub* [Internet]. octubre de 2017;34(4):655–9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400011
9. Ministerio de Salud. Repositorio Único Nacional de Información en Salud [citado el 17 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp
10. Seguro Social de Salud. Enfermedades al corazón son la segunda causa de muerte en el Perú [Internet]. [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=enfermedades-al-corazon-son-la-segunda-causa-de-muerte-en-el-peru>

11. Chen X, Xin Y, Hu W, Zhao Y, Zhang Z, Zhou Y. Quality of life and outcomes in heart failure patients with ejection fractions in different ranges. PLoS One [Internet]. 2019;14(6):e0218983. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6597164/>

12. Dev S, Fawcett J, Shahjehan A, Wu W, Schwenke D. Implementation of Early Follow-up Care After Heart Failure Hospitalization. AJMC [Internet]. 4 de febrero de 2021 [citado el 25 de abril de 2024];27. Disponible en: <https://www.ajmc.com/view/implementation-of-early-follow-up-care-after-heart-failure-hospitalization>

13. Aguilar F, Pessacg M, Alonso J, De Juan Bagudá J. Impacto del seguimiento precoz desde atención primaria en el reingreso a 30 días tras el alta hospitalaria por insuficiencia cardiaca. Semergen [Internet]. 1 de marzo de 2023 [citado el 2 de mayo de 2024];49(2). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-impacto-del-seguimiento-precoz-desde-S1138359322002854>

14. Habibzadeh H, Shariati A, Mohammadi F, Babayi S. The effect of educational intervention based on Pender's health promotion model on quality of life and health promotion in patients with heart failure: an experimental study. BMC Card Dis [Internet]. 5 de octubre de 2021;21(1):478. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8491755/>

15. Bragazzi N, Zhong W, Shu J, Abu Much A, Lotan D, Grupper A, et al. Burden of heart failure and underlying causes in 195 countries and territories from 1990 to 2017. Eur Jou of Pre Car [Internet]. el 1 de diciembre de 2021;28(15):1682–90.

Disponible en;
<https://academic.oup.com/eurjpc/article/28/15/1682/6133248?login=false>

16. Huber M, Busch AK, Stalder I, Flammer A, Schmid G. Medication adherence in adults after hospitalization for heart failure: A cross-sectional study. *Int J Card Risk Prev* [Internet]. el 24 de diciembre de 2023;20:200234. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10828571/>
17. Adalid A, Sánchez Y, Fernandez I, Vásquez A, Tirado G, Hormigo A, Navarro I y Rodriguez J. Guía de atención enfermería a personas con Insuficiencia Cardíaca crónica en la atención primaria [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [citado el 25 de abril de 2024]. 13p. Disponible en: <https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2017/12/guiainsuficiencia.pdf>
18. Alegría A, Majín R, García D, Sotelo C, Muñoz S, Villegas Y, et al. Evaluación del plan de alta por enfermería en el hospital San José, Popayán 2017. *Revista Médica de Risaralda* [Internet]. 30 de junio de 2020 [citado el 18 de abril de 2024];26(1). Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/20951>
19. Nwosu W, Rajani R, McDonaugh T, Goulder A, Smith D, Hughes L. The impact of nurse-led patient education on quality of life in patients with heart failure. *British Journal of Cardiac Nursing* [Internet]. 2 de mayo de 2023;18(5):1–13. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjca.2022.0040>
20. Lima M, Duque A, Rodrigues J, Lima V, Trotte L, Guimaraes T. Health literacy and quality of life in hospitalized heart failure patients: a cross-sectional study. *Am J*

Cardiovasc Dis [Internet]. 15 de octubre de 2020;10(4):490–8. Disponible en:
<https://e-century.us/files/ajcd/10/4/ajcd0121605.pdf>

21. Betancur Y, García X. Efecto de un plan de alta de enfermería para mejorar el autocuidado en los pacientes con falla cardíaca. Rev. Jav [Internet]. 2022. [citado el 18 de abril de 2024]; Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/24%20\(2022\)/145271089019/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/24%20(2022)/145271089019/)
22. Cui X, Zhou X, Ma L, Sun T, Bishop L, Gardiner F, et al. A nurse-led structured education program improves self-management skills and reduces hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a randomized and controlled trial in China. RRH [Internet]. 2019. Vol. 19. 2019 [citado el 25 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.rrh.org.au/journal/article/5270/>
23. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Manual de Procedimientos en Insuficiencia Cardíaca por Enfermeras Especializadas [Internet]. España: McCann Erickson; abril 2022 [citado el 25 de abril de 2024].1-116. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/manual-procedimientos-ic-por-enfermeras.pdf#page=7>
24. Wu J, Moser D. Medication Adherence Mediates the Relationship Between Heart Failure Symptoms and Cardiac Event-Free Survival in Patients With Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing [Internet]. febrero de 2018;33(1):40. Disponible en:
https://journals.lww.com/jcnjournal/abstract/2018/01000/medication_adherence_mediates_the_relationship.8.aspx

25. Wideqvist M, Cui X, Magnusson C, Schaufelberger M. Reingresos hospitalarios de pacientes con insuficiencia cardíaca del mundo real: momento y factores de riesgo asociados. *ESC Heart Failure* [Internet]. 2021[citado el 25 de abril de 2024]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ehf2.13221>
26. Yam F, Lew T, Eraly S, Lin H, Hirsch J, Devor M. Changes in medication regimen complexity and the risk for 90-day hospital readmission and/or emergency department visits in U.S. Veterans with heart failure. *Elsevier* [Internet]. 1 de septiembre de 2016;12(5):713–21. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741115002326?via%3Dihub>
27. Maeda U, Shen B, Schwarz E, Farrell K, Mallon S. Self-Efficacy Mediates the Associations of Social Support and Depression with Treatment Adherence in Heart Failure Patients. *IntJ Behav Med* [Internet]. el 1 de marzo de 2013;20(1):88–96. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12529-011-9215-0>
28. Huynh QL, Whitmore K, Negishi K, Marwick TH. Influence of Risk on Reduction of Readmission and Death by Disease Management Programs in Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure* [Internet]. el 1 de mayo de 2019;25(5):330–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1071916418310571>
29. Chan A, Horne R, Hankins M, Chisari C. The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *BJCP* [Internet]. 2020;86(7):1281–8. Disponible en: <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bcp.14193>

30. Rodríguez M, Arredondo E, Herrera R. Efectividad de un programa educativo en enfermería en el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca: ensayo clínico controlado. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. abril de 2012;20:296–306. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/dDsL4PY3sPCzzLPwGGRDgCQ/?lang=es#ModalTutors>
31. Wiklund I, Lindvall K, Swedberg K, Zupkis R.. Autoevaluación de la calidad de vida en insuficiencia cardíaca grave: un instrumento para uso clínico. *Scandinavian Journal of Psychology - Wiley Online Library* [Internet]. 1987.[citado el 5 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9450.1987.tb00758.x?sid=nlm%3Apubmed>
32. Garin O, Soriano N, Ribera A, Ferrer M, Pont À, Alonso J, et al. Validación de la versión española del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. el 1 de marzo de 2008;61(3):251–9. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-validacion-version-espanola-del-minnesota-articulo-13116652>
33. Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *JCH* [Internet]. mayo de 2008;10(5):348–54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562622/>
34. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* [Internet]. enero de 1986;24(1):67–74. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3764638>

35. Pagès N, Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm* [Internet]. 14 de septiembre de 2018;59(3):163–72. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163
36. De las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale. Elsevier [Internet]. 2014 [citado el 6 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33738719005.pdf>
37. Yan J, You L, Yang Q, Liu B, Jin S, Zhou J, et al. Translation and validation of a Chinese version of the 8-item Morisky medication adherence scale in myocardial infarction patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* [Internet]. 2014;20(4):311–7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.12125>.
38. Chaves N, Echeverri J, Ballesteros D, Quijano J, Camacho D. Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Med* [Internet]. el 5 de diciembre de 2016;24(2):23–32. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562016000200003

ANEXOS

ANEXO 1

CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO DE MINNESOTA

El Cuestionario de Calidad de Vida de Minnesota (Minnesota Living Heart Failure Questionnaire, MLHFQ), evalúa la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. Este cuestionario de 21 ítems mide el impacto de la enfermedad en aspectos físicos, emocionales y sociales. Es reconocido por su validez y fiabilidad en entornos clínicos y de investigación.

Código: _____

I. Datos Sociodemográficos

Edad: _____

Sexo

(☐) Femenino (☐) Masculino

Situación laboral

(☐) Activo (☐) Jubilado

Estado Civil

(☐) Soltero (☐) Casado (☐) Viudo (☐)

Divorciado

(☐) Conviviente

Nivel de instrucción

(☐) Analfabeto (☐) Primaria (☐) Secundaria

(☐) Superior Técnico (☐) Superior Universitario

II. Datos clínicos

Clase funcional NYHA: (fecha de evaluación en Historia Clínica)

Ecocardiograma Transtorácico: FEVI..... (fecha de examen)

Terapia médica óptima para IC-FEr, constatada en Historia Clínica:

- INRA: ó IECA:..... ó ARA-II:
- BB:
- ARM:
- ISGLT2:

Comorbilidades:

() Diabetes () HTA Dislipidemias () IMA ()
() Cáncer () Otros

Instrucciones

A continuación, encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen, en su bienestar diario y calidad de vida. Marque por favor en cada ítem con una X en la columna que corresponde a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación particular. Donde 0 es que no ocurre de 1 a 3 Muy poco y de 4 a 5 Demasiado

Su falla cardíaca le impidió vivir como hubiese querido durante el último mes por:	0	1	2	3	4	5
1. Le ha provocado hinchazón de tobillos y piernas para usted						
2. Usted ha tenido necesidad de sentarse o acostarse						

3. Su marcha y subida de escaleras se han vuelto difíciles						
4. Sus tareas del hogar se han vuelto difíciles						
5. Sus salidas de casa se han vuelto difíciles						
6. Tener una buena noche de sueño se ha vuelto difícil						
7. Sus relaciones o actividades con familiares y amigos se han vuelto difíciles						
8. Su trabajo para ganarse la vida se ha vuelto difícil						
9. Sus entretenimientos, deportes y diversión se han vuelto difíciles						
10. Su actividad sexual se ha vuelto difícil						
11. Sus ganas de comer las comidas que más le gusta, ha disminuido						
12. Ha sentido falta de aire						
13. Le ha dejado cansado, fatigado o con poca energía						
14. Le ha obligado a quedar hospitalizado						
15. Le ha hecho destinar dinero para la atención medica						
16. Las medicaciones le han provocado reacciones adversas						
17. Le ha hecho sentir que Ud. es una carga para sus familiares y amigos						
18. Usted ha sentido que pierde el control de su vida						
19. Usted se ha preocupado últimamente						
20. Concentrarse o acordarse de las cosas se ha vuelto difícil						
21. Usted se ha sentido deprimido						

ANEXO 2

TEST DE MORISKY - GREEN

Test de Morisky-Green: Lea atentamente y marque con una “X” la opción que usted considere correcta.

ITEM	Sí	No
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar los medicamentos recetados?		
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicamentos por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar sus medicamentos recetados?		
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicación sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?		
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿alguna vez olvida llevar sus medicamentos?		
5. ¿Tomó sus medicamentos recetados ayer?		
6. Cuando siente que su salud está bajo control, ¿deja a veces de tomar sus medicamentos?		
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez fastidiado por seguir el tratamiento médico recetado?		

Instrucciones: Por favor, marque la opción que mejor describa con qué frecuencia ha experimentado la siguiente situación en las últimas cuatro semanas. Indique su

respuesta marcando con “X” la casilla correspondiente. Asegúrese en seleccionar solo una opción.

ITEM	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Habitualmente	Siempre
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para recordar tomar todos sus medicamentos?					

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(ADULTOS)

Título de estudio: Ensayo clínico aleatorizado: Efectividad de la implementación de un programa de seguimiento temprano de enfermería en la calidad de vida y adherencia al tratamiento del paciente después de la hospitalización por falla cardíaca, en un instituto de Lima 2024.

Investigadora: Masako Alicia Durand Morishigue

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Le estamos invitando a participar de un estudio para determinar la efectividad de la implementación de un programa de seguimiento temprano de enfermería en la calidad de vida y adherencia al tratamiento del paciente después de la hospitalización por falla cardíaca. Este estudio es desarrollado por una investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Instituto Nacional Cardiovascular “Carlos Alberto Peschiera Carrillo” – INCOR.

Dicho estudio tiene una primera etapa que consiste en la aplicación de dos cuestionarios (calidad de vida y adherencia al tratamiento). De ser Ud. Seleccionado, pasará a una segunda etapa.

Procedimiento:

Si usted desea participar en el siguiente estudio, realizará lo siguiente:

1. Se entrevistará al paciente y se realizará la firma del consentimiento informado, además de la valoración de las necesidades educativas mediante un formulario de valoración inicial y la aplicación de 2 instrumentos de recolección de datos que consiste en el cuestionario de calidad de vida (Escala de Minnesota) y el cuestionario de adherencia al tratamiento (Escala de Morisky).
2. Tener en cuenta, que en este estudio se dividirá en un grupo de control y un grupo de intervención, el cual se escogerá a través de un sorteo por un programa de computadora. A ambos grupos se le aplicarán los dos cuestionarios al inicio y al final del estudio. Además, quienes no salgan sorteados para la intervención se le aplicará después de haber terminado el estudio.
3. Se le disipará cualquier inquietud que usted formule a la investigadora.
4. Algunos participantes serán invitados a la segunda fase del estudio, ellos pertenecerán al grupo de intervención.

Riesgos:

Al participar en esta fase de estudio, su información puede ser parte de una filtración de datos. Se tomará medidas necesarias para evitar que esto ocurra y mantener la confidencialidad de sus datos.

Beneficios:

El grupo de intervención recibirá el seguimiento antes de alta hospitalaria, además de sesiones educativas, llamadas de seguimiento y el préstamo de material necesario (balanza y tensiómetro) para que pueda hacer un mejor control en casa. .

El grupo control recibirá la atención estándar, además al finalizar el estudio, recibirá la educación resumida en folletos y una llamada de seguimiento.

Costos y compensación:

La participación de este estudio no tiene ningún costo. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico o de otra índole.

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que usted proporcione es absolutamente confidencial. Se asignará código para cada participante. Solo la investigadora tendrá acceso a la información obtenida. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

PERMISO PARA RECONTACTO EN FUTURAS INVESTIGACIONES

Deseamos almacenar sus datos de contacto (número telefónico, whatsapp, correo llenar según corresponda) por 5 años, para en un futuro invitarlo a nuevas investigaciones relacionadas a falla cardíaca. Si no desea que lo recontactemos para invitarlo a futuras investigaciones puede seguir participando del presente estudio. En ese caso, sus datos de contacto serán utilizados únicamente para el seguimiento durante este estudio y terminada esta investigación sus datos de contacto serán eliminados.

Autorizo a que almacenen mis datos de contacto por 5 años para que me recontacten e inviten a futuros estudios. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán los datos de contacto).

SI (☐) NO (☐)

USO FUTURO DE LA INFORMACIÓN

Una vez vaciados los datos al formato virtual, las encuestas serán descartadas de manera segura. Adicionalmente, la información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación que sean beneficiosos para un mejor conocimiento del tema.

USO FUTURO DE INFORMACIÓN

Deseamos almacenar los datos recaudados en esta investigación por 20 años. Estos datos podrán ser usados para investigaciones futuras. (sobre falla cardíaca, calidad de vida y adherencia al tratamiento).

Estos datos almacenados no tendrán nombres ni otro dato personal, sólo serán identificables con códigos.

Si no desea que los datos recaudados en esta investigación permanezcan almacenados ni utilizados posteriormente, aún puede seguir participando del estudio. En ese caso, terminada la investigación sus datos serán eliminados.

Previamente al uso de sus datos en un futuro proyecto de investigación, ese proyecto contará con el permiso de un Comité Institucional de Ética en Investigación.

Autorizo a tener mis datos almacenados por 20 años para un uso futuro en otras investigaciones. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán).

SI () NO ()

Derecho de Participantes

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a Masako Alicia Durand Morishigue, al teléfono [REDACTED].

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombres y Apellidos

Firma

Fecha y Hora

Participantes

Nombres y Apellidos

Firma

Fecha y Hora

**Testigo (si el participante es
analfabeto)**

Nombres y Apellidos

Firma

Fecha y Hora

Investigador

ANEXO 4

Tamaño de la muestra para comparar dos medias

Información de entrada			
Intervalo de confianza (2 lados)	95%		
Potencia	80%		
Razón del tamaño de la muestra (Grupo2/ Grupo 1)	1		
	Grupo 1	Grupo 2	Diferencia *
Media	52.1	48	4.1
Desviación estándar	10.1	5.1	
Varianza	102.01	26.01	
Tamaño de muestra del grupo 1	60		
Tamaño de muestra del grupo 2	60		
Tamaño total de la muestra	120		
Diferencia entre medias			

La fórmula general es la siguiente:

$$n = \left(\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}) \cdot \sigma}{\mu_1 - \mu_2} \right)^2$$

ANEXO 5

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TEMPRANO DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DESPUÉS DE LA HOSPITALIZACIÓN POR FALLA CARDIACA

1. Título: “Héroes del corazón”

2. Objetivos:

1.1 Objetivo General

Determinar la efectividad de la implementación de un programa de seguimiento temprano de enfermería en la calidad de vida y adherencia al tratamiento del paciente después de la hospitalización por falla cardíaca.

1.2 Objetivos Específicos

1.2.1 Expositor:

- Brindar sesión educativa de calidad al paciente hospitalizado por falla cardíaca, respecto a la enfermedad, signos de alarma, medicamentos, alimentación saludable y actividad física.
- Incitar a la participación del paciente hospitalizado, formulando preguntas clases sobre calidad de vida y adherencia al tratamiento de la falla cardíaca.

1.2.2 Oyente:

- El paciente hospitalizado será capaz de reconocer su enfermedad, signos de alarma, importancia de la toma de medicamentos, alimentación saludable y actividad física.
- Empleará el conocimiento obtenido, para mejorar su calidad de vida y adherirse al tratamiento de la falla cardíaca.

3. Población beneficiaria

Estará conformado por pacientes adultos que se encuentren hospitalizados con diagnóstico de falla cardíaca por distintas causas y que cumplan con los criterios de inclusión.

4. Estrategias

- Compromiso institucional
- Sesión educativa, expositivo – participativo – demostrativo.
- Alianzas institucionales UPCH – FAENF y el Instituto Nacional Cardiovascular Carlos Alberto Peschiera Carrillo – INCOR.
- Lluvia de ideas.
- Preguntas dirigidas a los pacientes hospitalizados por falla cardíaca, mediante el uso de juegos virtuales.

5. Recursos

5.1. Recursos tecnológicos:

- Presentación en Power Point.
- Imágenes didácticas.
- Juegos virtuales.

5.2. Recursos humanos:

- Residente de Enfermería en Cardiología.

6. Programación de sesiones educativas:

Actividad	Responsable
Presentación	Masako Alicia, Durand Morishigue
Breve introducción	

Ejecución del programa	
Actividad demostrativa	
Conclusiones	
Agradecimiento	

7. Fecha y hora:

Las sesiones educativas se realizarán el día de la captación y el día del alta hospitalaria.

8. Duración: 30 minutos

9. Lugar: Se realizará en las áreas de los servicios de Hospitalización, Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológicos, Unidad de Cuidados Cardiológicos Crónicos, Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos.

10. Programación de sesiones educativas

Motivación	Contenido	Técnica Didáctica
Presentación	Saludo amable al paciente: Buen día, soy residente de enfermería de la especialidad de cardiología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de la Facultad de Enfermería, se llevará a cabo la sesión educativa titulada “Héroes del corazón”, el presente programa consta de 2 sesiones, que se realizará el primer día de captación y el día del alta hospitalaria. En cada sesión se abordará temas sobre la enfermedad y signos de alarma, manejo de medicamentos, nutrición, manejo de líquidos y actividad física.	Conferencia
Animación	Previo a la exposición se realizarán preguntas al paciente para generar una “lluvia de ideas” sobre sus saberes previos referentes al tema de falla cardiaca.	
Sesión 1		
¿Qué es la falla cardiaca?		Conferencia

La Falla Cardíaca es una afección crónica y progresiva en la que el músculo cardíaco no puede bombear suficiente sangre a través del corazón para satisfacer las necesidades de sangre y oxígeno del cuerpo. La falla cardíaca generalmente resulta en un agrandamiento del corazón.	
Causas de la Falla Cardíaca • Enfermedad de las arterias coronarias y ataque cardíaco. • Presión arterial alta • Enfermedad de las válvulas cardíacas • Inflamación del músculo cardíaco, también llamada miocarditis. • Enfermedades congénitas • Arritmias • Otras afecciones	Foro Participativo
Síntomas de la Falla Cardíaca y signos de alarma • Dificultad para respirar • Fatiga y cansancio muscular • Retención de líquidos e hinchazón en tobillos, piernas y abdomen	Foro Participativo

• Pérdida de apetito • Confusión, mareos y en algunos casos, pérdida del conocimiento • Tos seca • Taquicardias y palpitaciones más rápidas de lo normal • Poca tolerancia al ejercicio, debido a la fatiga	
Importancia del tratamiento farmacológico Los medicamentos que se utilizan en el tratamiento de la falla cardiaca ayudan a que su corazón se relaje y pueda bombear la sangre más fácilmente, disminuyen los síntomas como la dificultad para respirar, el cansancio, la hinchazón, entre otros.	Conferencia
Objetivos del tratamiento farmacológico 1. Pronóstico: Reducir mortalidad. 2. Morbilidad: Aliviar signos y síntomas, mejorar la calidad de vida, eliminar edemas y retención de líquidos, reducir fatiga y disnea, reducir hospitalizaciones, suministrar cuidados terminales. 3. Prevención: Daño miocárdico, remodelado del miocardio, reparación de síntomas y retención de fluidos, hospitalización.	Conferencia

Recomendaciones en la toma del tratamiento: • Los medicamentos se deben tomar a la hora exacta. • No cambiar las dosis ni suspenderlos sin antes preguntar al médico. • En caso de salir de casa, llevar su medicación, así como la cantidad necesaria en viajes, fines de semana de descanso, etc.	Conferencia
¿Cuáles son los medicamentos de falla cardiaca? Antihipertensivos: IECAS (captopril, enalapril), ARA II (Losartán, valsartán) Betabloqueadores: disminuye los latidos cardiacos (bisoprolol, carvedilol) Diuréticos: disminuye el exceso de sodio y agua (furosemida, espirinolactona, entre otros. Anticoagulantes y antiagregantes: previene y evitan la formación de trombos en las cavidades cardiacas o en las arterias. Antiagregantes (ácido acetil salicílico, clopidogrel), anticoagulante (Warfarina, entre otros)	Foro Participativo
Manejo de líquidos y control de peso • Control del peso para detectar la retención de líquidos. Aumentos de > 1,5 kg pueden indicar una descompensación de la enfermedad.	Foro Participativo

• Vigilar los aumentos de peso de 2 o más kg en 3 días o menos, ya que pueden indicar una retención hídrica. También son síntoma de alarma los edemas periféricos y las dificultades al respirar. En cualquier caso, es necesario controlar la obesidad.	
Actividad física • La disminución de la actividad física sólo se recomienda cuando se producen desestabilizaciones o en casos de IC avanzada. En el resto de las situaciones se desaconseja el reposo, ya que favorece la atrofia muscular. Además, un programa de ejercicio físico suave y regular incrementa la tolerancia al esfuerzo y es beneficioso para aquellos pacientes con un grado de compensación aceptable. • Permanecer sentado durante mucho tiempo favorece el riesgo de trombosis venosa profunda.	Foro Participativo
Taller 1: “Comer bien, vivir mejor”	
Objetivo general: Los pacientes hospitalizados por falla cardíaca adopten una alimentación saludable y de calidad. De esta manera mejorar su calidad de vida, previniendo posibles complicaciones. Recursos: imágenes didácticas, presentación en Power Point.	Participativo /Expositivo Lluvia de ideas

• Desayuno: Se le pedirá al paciente que dé un ejemplo de lo que desayuna normalmente en casa (30 seg.). Luego, se le pedirá responder a las siguientes preguntas ¿Crees que es saludable?, ¿Cada cuánto tiempo lo consumes?, ¿Crees que debes seguir consumiéndolo? • Almuerzo: Se le pedirá al paciente que dé un ejemplo de lo que almuerza normalmente en casa (30 seg.). Luego, se le pedirá responder a las siguientes preguntas ¿Crees que es saludable?, ¿Cada cuánto tiempo lo consumes?, ¿Crees que debes seguir consumiéndolo? • Cena: Se le pedirá al paciente que dé un ejemplo de lo que cena normalmente en casa (30 seg.). Luego, se le pedirá responder a las siguientes preguntas ¿Crees que es saludable?, ¿Cada cuánto tiempo lo consumes?, ¿Crees que debes seguir consumiéndolo?	
Intervención: Primero, es importante que aprendan a reconocer el tipo de alimentación que llevan a diario, después, deben recordar que la clave no es comer en grandes cantidades, sino optar por alimentos de calidad y consumirlos a las horas adecuadas. Elegir alimentos nutritivos ayudará a tener los nutrientes necesarios para controlar la insuficiencia cardiaca. Así, podrá disfrutar de una mejor calidad de vida en el futuro y evitarán riesgos para su salud. *Al final del taller, se hará énfasis en los factores de riesgo de la insuficiencia cardiaca y se subrayará la importancia de mantener una alimentación balanceada y de calidad.	Participativo /expositivo

Sesión 2		
Alimentación	Una dieta balanceada es un requisito para la conservación de la salud, en personas hipertensas, es necesaria una dieta baja en sal y calorías, que coadyuvará a la reducción del peso corporal, favoreciendo el proceso metabólico en los pacientes. Dentro de las modificaciones dietéticas que debe realizarse es: • disminuir el consumo de sal y grasas saturadas • incrementar la ingesta de vegetales, frutas, fibra dietética y antioxidantes.	Conferencia
Actividad física	Mejora drásticamente la calidad de vida, dando como resultado disminución de las cifras de hipertensión. Se aconseja realizar ejercicios aeróbicos, frecuentemente, con una duración de aproximadamente 30 a 60 minutos	
Tratamiento Farmacológico	Tanto como la importancia de seguir un plan alimenticio y la realización de actividades físicas constituyen la medida principal para el control en personas hipertensas, sin embargo, es necesario asociarlo al tratamiento farmacológico y su cumplimiento para favorecer la respuesta a los fármacos, de igual manera lograr minimizar las complicaciones cardiovasculares, síndromes hipertensivos y la progresión de la enfermedad.	

Control médico	Es necesario mantener un seguimiento y control médico para evitar su evolución y mejorar su calidad de vida, puesto que, los síntomas que presentan pueden disminuir notablemente si es que se continúa el tratamiento indicado adecuadamente. De lo contrario, la falta de respuesta terapéutica retrasaría la curación y podría haber recaídas y complicaciones. Por lo tanto, ¡Toma la dosis prescrita por el médico y en el horario indicado! y ¡Asista a sus controles!	
Taller 2		
Objetivo general: Los pacientes hospitalizados por falla cardíaca adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para controlar su peso, toma de medicamentos de manera adecuada y gestionar la ingesta y control de líquidos, con el fin de mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones asociadas a su condición. Recursos: imágenes didácticas, presentación en Power Point, formato de control y monitoreo de peso y líquidos, formato de control de medicamentos. • Se concientiza sobre la importancia del control de peso • Se concientiza toma de medicamentos		Demostración del control de peso, medicamentos, líquidos y actividad física.

• Se ejemplifica control de líquidos • Se realizan ejercicios adecuados para la edad, de esa manera se garantiza que los participantes lo puedan efectuar a. Control de peso: se realizará con el paciente la demostración de la toma de peso, asimismo, informar que de preferencia el control de peso se debe hacer en la mañana, después de ir al baño por primera vez en el día. El cual debe hacer anotado diariamente en la hoja de control. b. Control de medicamentos: Se preguntará a los pacientes como tomaban sus medicamentos antes de estar hospitalizados. Se realizará junto con el paciente el cuadro del registro de medicamentos y adecuaremos el horario según cada caso específico. c. Control de líquidos: Se preguntará a los pacientes como si controlaba los líquidos que consumía y los que eliminaba antes de la hospitalización y se pedirá que lo ejemplifique. Se realizará junto con el paciente el cuadro del registro de control de líquidos. d. Ejercicios de fortalecimiento Materiales: silla y botella de agua. Levantar los brazos, flexión de hombros, ejercicios de bíceps/tríceps, flexión de rodilla/caderas, extensión de cadera.	
---	--

Intervención: Es importante que después de realizar el control de peso, medicamentos, líquidos y actividad física, reconozcan que en casa sin emplear muchos objetos se puede llevar el control de la falla cardiaca. Esto debe ir complementado con hábitos saludables como la alimentación, adherencia a un tratamiento farmacológico de manera permanente, con ello tendrá la garantía que gozará de una buena calidad de vida en el futuro. Al finalizar el taller se buscará la reflexión en los participantes sobre la importancia de realizar el manejo integral de la falla cardiaca y con ello mantener una salud cardiovascular y disminuir las probabilidades de futuras complicaciones de dicha enfermedad.	
Evaluación Después de la exposición se volverán a realizar preguntas referidas al tema y muchas se absolverán las dudas. Asimismo, para finalizar se tomará un examen escrito.	Examen escrito
Agradecimiento Agradecemos a la organización y a los pacientes que participaron de las sesiones educativas, por su presencia y atención a la exposición brindada. Posterior, se seguirá haciendo el seguimiento por telemonitoreo y visita domiciliaria.	Conferencia

ANEXO 6

ACTIVIDADES QUE SE REALIZARÁN CON LOS GRUPOS DE ESTUDIO

Grupos		Descripción
Intervención	Control	
Ingreso al estudio	Ingreso al estudio	Se realizará en el primer contacto con el paciente con la firma del consentimiento informado, toma de datos sociodemográficos y clínicos
Aplicación de cuestionarios (Minessota y Morisky)	Aplicación de cuestionarios (Minessota y Morisky)	A ambos grupos se aplicará en el primer contacto el cuestionario de calidad de vida (escala de Minnesota) y el cuestionario de adherencia al tratamiento (escala de Morisky)
Primera sesión educativa	No	En los 2 días previos al alta, se realizará una sesiones de 30 minutos de manera individualizada en los pacientes del grupo de intervención, la sesión educativa incluiría temas como: educación sobre la enfermedad y signos de alarma, manejo de medicamentos, nutrición, manejo de líquidos y actividad física; y con el fin de profundizar la educación brindada, se proporcionará una cartilla

		con la información precisa que permitirá mejorar la calidad de vida y adherencia al tratamiento, una vez esté en casa.
Entrega de cartilla informativa luego de la primera sesión educativa	Entrega de cartilla informativa al finalizar el estudio	Al finalizar la primera sesión educativa, se entregará una cartilla informativa con la información proporcionada en la sesión. En caso del grupo control, recibirá la atención habitual.
Segunda Sesión educativa	No	El día del alta, se realizará una retroalimentación de la educación brindada con una segunda sesión educativa y se tomará un examen para verificar los conocimientos adquiridos
Prestamos de balanza y/o tensiómetro	No	Los pacientes que no cuenten con este recurso, se les proporcionará a manera de préstamo una balanza y tensiómetro, y se incentivará a que puedan adquirir los propios, ya que estos insumos serán devueltos una vez finalice el estudio.
Entrega de formatos para que pueda realizar el control de	Entrega de formatos para que pueda realizar el control de	Estos formatos describen de manera didáctica: adaptación al régimen terapéutico, control de peso y de líquidos ingeridos y eliminados.

peso, medicamentos, líquidos y actividad física.	peso, medicamentos, líquidos y actividad física, al finalizar el estudio.	Estos formatos contienen unos cuadros para el control del peso, de los líquidos ingeridos y eliminados, y de la administración de los medicamentos.
1° Telemonitoreo	No	A las 48 horas del alta, se realizará una llamada telefónica para verificar el estado de salud del grupo de intervención.
Visita domiciliaria	No	A la semana del alta, se realizará una visita domiciliaria; en caso de pacientes que vivan en provincia se coordinará para realizar una videollamada por Zoom o WhatsApp. A la vez, en caso se encuentren signos de alarma, poder coordinar atención oportuna por el personal de enfermería o médico de turno en la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos.
2° Telemonitoreo	No	Al mes del alta, se realizará una segunda llamada, y realizar retroalimentación sobre los siguientes temas: educación sobre la enfermedad y signos de alarma, manejo de medicamentos, nutrición, manejo de líquidos y actividad física; y con el fin de profundizar la educación brindada. A la vez, en caso se encuentren

		signos de alarma, poder coordinar atención oportuna por el personal de enfermería o médico de turno en la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos.
3° Telemonitoreo y aplicación de cuestionarios	Telemonitoreo y aplicación de cuestionarios al finalizar el estudio	A los tres meses del alta, se realizará llamada de seguimiento en la cual se aplicará nuevamente los cuestionarios, lo que permitirá establecer el cambio esperado.