

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

**Intervención educativa sobre insuficiencia
cardíaca en pacientes con diagnóstico de la
enfermedad.**

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de
Medicina General Integral.

Autor: Dr. Yoel Lorenzo Manteca Rodríguez

Ciego de Ávila
2022

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

**Intervención educativa sobre insuficiencia
cardíaca en pacientes con diagnóstico de la
enfermedad.**

"TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN 1^{ER} GRADO EN MEDICINA
GENERAL INTEGRAL"

Autor: Dr. Yoel Lorenzo Manteca Rodríguez

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Lizsetty González Rodríguez

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Profesor instructor.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA. Policlínico Docente "Máximo Gómez Báez".

Chambas

Ciego de Ávila

2022

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes después con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre insuficiencia cardíaca en pacientes con diagnóstico de la enfermedad, pertenecientes al consultorio 5 del área de salud del policlínico "Máximo Gómez Báez" del municipio Chambas en Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de febrero del 2020 a junio del 2022 a través de un Programa de Intervención Educativa. El universo de estudio estuvo constituido por 32 pacientes con diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca. a los cuales se les aplicó la encuesta (Anexo # 2) para identificar sus conocimientos sobre la enfermedad. En la investigación hubo un predominio del sexo masculino y los adultos mayores. Antes de la intervención, la mayoría de los participantes presentaban deficiencias en el nivel de conocimientos sobre dieta adecuada del paciente, reconocimiento de síntomas y signos de la insuficiencia cardíaca e importancia de una adecuada adhesión al tratamiento, mientras que los conocimientos iniciales sobre beneficios de practicar actividad física de forma gradual, eran dominados por más de la mitad de ellos. Después de la intervención, se logró una modificación positiva de la totalidad de los temas abordados; así como del nivel global de conocimientos sobre Insuficiencia cardíaca en la mayoría de los pacientes con diagnóstico de la enfermedad.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, intervención educativa, adhesión al tratamiento.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción	1
▪ Objetivos	5
▪ Marco teórico	6
▪ Método	14
▪ Análisis y discusión de los resultados	21
▪ Conclusiones	30
▪ Referencias bibliográficas	31
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una de las primeras causas de muerte en todo el mundo; aunque, en muchos países, el cáncer la ha desplazado, sigue en aumento y se ha convertido en una auténtica pandemia que no respeta fronteras, edad, raza, sexo, ni nivel económico. En los últimos cinco años la enfermedad del corazón, ha sido la primera causa de muerte para ambos sexos y representa el 13 % de fallecidos en las Américas. Considerada la primera o segunda causa de muerte en 30 países ¹.

La magnitud del problema va en aumento, si se toma en consideración el incremento de la esperanza de vida al nacer de los cubanos y la disminución de la tasa de natalidad, lo que lleva al envejecimiento progresivo de la población ¹.

La insuficiencia cardíaca (ICC) es un síndrome clínico que se produce cuando anomalías en la estructura y la función del miocardio alteran el gasto cardíaco o reducen el llenado de los ventrículos. Los rasgos característicos del síndrome de insuficiencia cardíaca son disnea, fatiga, retención de líquidos, rendimiento deficiente en el ejercicio y edema. La congestión pulmonar es una característica frecuente, aunque no universal, de modo que el término insuficiencia cardíaca congestiva ha dejado de utilizar ².

La insuficiencia cardíaca (IC) se define como la situación en que el corazón es incapaz de suplir las demandas metabólicas del organismo o, caso de lograrlo, es a expensas de un aumento de las presiones de llenado ventricular. Aunque la IC implica el fracaso de la función de bomba del corazón, sus manifestaciones clínicas dependen de la hemodinámica que determina en otros órganos ².

En etapas avanzadas de la insuficiencia cardíaca, la terapia medicamentosa no siempre es eficaz y el trasplante cardíaco no es una opción para todo tipo de paciente. En esas condiciones los cuidados paliativos surgen como terapia alternativa para mejorar su estado físico y calidad de vida del paciente, pero los

avances en su conceptualización no están legitimados en la realidad asistencial que aún no refleja dicha evolución ⁴⁻⁶.

Las causas de la insuficiencia cardíaca obedecen a numerosos orígenes, en EE. UU. y otros países desarrollados, la enfermedad arterial coronaria provoca en torno al 70% de los casos de insuficiencia cardíaca, relacionados generalmente con infarto de miocardio. Aunque la hipertensión es la segunda causa destacada de insuficiencia cardíaca en los países occidentales desarrollados, constituye la causa principal en muchos países en desarrollo. Las enfermedades del miocardio, de las válvulas y del pericardio, así como las endocrinopatías, las anomalías metabólicas y los trastornos genéticos, también pueden ser causa de insuficiencia cardíaca.

A largo plazo de los pacientes con cardiopatía isquémica y otras formas de cardiopatía, así como por la fuerte asociación entre insuficiencia cardíaca y edad avanzada. Por ejemplo, más del 10% de la población mayor de 80 años presenta insuficiencia Cardíaca y los pacientes viven progresivamente más tiempo con insuficiencia cardíaca clínica. Hoy en día, en EE. UU., más de 5 millones de pacientes presentan insuficiencia cardíaca clínica, y se generan más de 1 millón de hospitalizaciones anuales por esta causa ⁷⁻⁹.

La insuficiencia cardíaca es la principal causa de hospitalización en mayores de 65 años. Una vez que el paciente ha sido ingresado por insuficiencia cardíaca, el riesgo de nueva hospitalización en 30 días es del 25% y el riesgo de mortalidad en 30 días tras el alta es del 10%. A pesar del aumento de la supervivencia, las tasas de mortalidad absoluta por insuficiencia cardíaca siguen siendo, aproximadamente, de un 50% en los 5 años posteriores al diagnóstico ⁷⁻⁹.

Los afroamericanos con insuficiencia cardíaca presentan altas tasas de mortalidad, similares a las de la población blanca. Las razones de esas disparidades son multifactoriales y entre ellas se incluyen diferencias en la etiología de la insuficiencia cardíaca, prevalencia de enfermedades concomitantes, situación socioeconómica y respuesta a los tratamientos ⁷⁻⁹.

La población hispana de EE. UU registra un creciente número de casos de insuficiencia cardíaca. Aunque en la actualidad se dispone de escasos

estudios realizados a gran escala, datos preliminares indican que dicha población es particularmente vulnerable a esta patología ⁷⁻⁹.

En los últimos cinco años la enfermedad del corazón, ha sido la primera causa de muerte para ambos sexos, lo que representa el 13 % de fallecidos en las Américas. Considerada la primera o segunda causa de muerte en 30 países. La enfermedad cardiovascular ocupa una de las primeras causas de muerte en todo el mundo; a pesar que, en muchos países, el cáncer la ha desplazado, pero sigue en aumento y se ha convertido en una auténtica pandemia que no respeta fronteras, edad, raza, sexo, ni nivel económico. En Cuba, según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), las enfermedades del corazón causan el 25 % de la mortalidad total ^{10,11}.

La magnitud de este problema va en aumento, si se toma en consideración el incremento de la esperanza de vida al nacer de los cubanos y la disminución de la tasa de natalidad, lo que lleva a un envejecimiento progresivo de la población. En la provincia de Ciego de Ávila las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte ¹².

En etapas avanzadas de la Insuficiencia Cardíaca, la terapia medicamentosa no siempre es eficaz y el trasplante cardíaco no es una opción para todo tipo de paciente. En esas condiciones los cuidados paliativos surgen como terapia alternativa para mejorar su estado físico y calidad de vida, pero los avances en su conceptualización no están legitimados en la realidad asistencial que aún no refleja dicha evolución. Los cuidados paliativos son una opción de tratamiento a usar a todos los pacientes que los necesiten, es extensible a pacientes con procesos crónicos no oncológicos, que ante situaciones de complejidad, requieren de atención continua, experta y de alta calidad para lo que debe existir integración en el trabajo interdisciplinario ^{13,14}.

El personal de salud al brindar cuidados supone o reconoce un problema y plantea un conjunto de acciones, las que dirigen a un individuo, un grupo, una familia o una comunidad, desde un sistema de conocimientos y habilidades asociadas a un campo de saberes, en este caso a las Ciencias de la Salud, con el fin de contribuir a proteger, promover, mantener y restaurar la salud ¹⁵.

En Cuba hay poca evidencia acerca de la conducción de intervenciones educativas de la ICC en el nivel primario de atención con los enfoques actuales para su tratamiento y en las condiciones que opera el consultorio médico de familia. La sistematización de antecedentes teóricos del problema que se investiga, conduce a los autores a inferir la necesidad de una intervención educativa de la medicina preventiva y de prevención de ICC en la comunidad basada en sus conocimientos, juicio clínico y fundamentos teóricos de su ciencia. Estos argumentos justifican y motivan la realización del estudio, con el objetivo de diseñar una intervención educativa en pacientes con Insuficiencia cardiaca crónica en la comunidad.

Problema: ¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimientos sobre insuficiencia cardíaca en pacientes diagnosticados con la enfermedad, pertenecientes al consultorio 5 del área de salud del policlínico "Máximo Gómez Báez" del municipio Chambas en Ciego de Ávila?

Planteando la siguiente **Hipótesis de investigación:** Si se implementa una intervención educativa, sobre insuficiencia cardíaca en pacientes con diagnóstico de la enfermedad, pertenecientes al consultorio 5 del área de salud del policlínico "Máximo Gómez Báez" del municipio Chambas en Ciego de Ávila, entonces se pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre la temática.

O B J E T I V O S

O b j e t i v o g e n e r a l:

E l e v a r e l n i v e l d e c o n o c i m i e n t o s s o b r e i n s u f i c i e n c i a c a r d í a c a e n p a c i e n t e s c o n d i a g n ó s t i c o d e l a e n f e r m e d a d , p e r t e n e c i e n t e s a l c o n s u l t o r i o 5 d e l á r e a d e s a l u d d e l p o l i c l í n i c o " M á x i m o G ó m e z B á e z " d e l m u n i c i p i o C h a m b a s e n C i e g o d e Á v i l a a t r a v é s d e u n P r o g r a m a d e I n t e r v e n c i ó n E d u c a t i v a .

O b j e t i v o s e s p e c í f i c o s:

1. C a r a c t e r i z a r l a p o b l a c i ó n d e e s t u d i o s e g ú n v a r i a b l e s s o c i o d e m o g r á f i c a s d e i n t e r é s .
2. I d e n t i f i c a r e l n i v e l d e c o n o c i m i e n t o s s o b r e I n s u f i c i e n c i a C a r d i a c a e n l o s p a c i e n t e s d e l e s t u d i o , a n t e s y d e s p u é s d e l a I n t e r v e n c i ó n E d u c a t i v a .
3. D i s e ñ a r y a p l i c a r u n p r o g r a m a d e i n t e r v e n c i ó n e d u c a t i v a s o b r e i n s u f i c i e n c i a c a r d í a c a .

MARCO TEÓRICO

La insuficiencia cardiaca es una afección que representa un problema de salud pública que, a pesar de los avances en su tratamiento, continúa siendo un síndrome de difícil manejo y conlleva a hospitalizaciones frecuentes, estancias prolongadas por descompensaciones, aumento en los costos y sufrimiento familiar ¹⁶.

A nivel internacional la etiología hipertensiva y la cardiopatía isquémica han sido consideradas los principales factores de etiológicos para falla cardiaca, determinándolos como factores de riesgo para presentar la enfermedad, sin embargo, a más de 3000 metros de altura no hay estudios específicos de sus causas reales ¹⁶.

Según la National Health and Nutrition Examination Survey ¹⁷, estimó que 6,2 millones de personas padecieron ICC en Estados Unidos, cifra que se espera aumente a 8 millones para 2030. En el contexto latinoamericano, la prevalencia estimada de la ICC es de 2,5 % ¹⁸. Aunque el manejo de esta afección ha evolucionado en las últimas décadas, a través de mejoras en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, anualmente la ICC es responsable de una tasa de muerte similar o superior a algunos tipos de cáncer, esto ocasionado principalmente por la evolución y descompensación de la enfermedad ^{19,20}.

En relación con la carga económica mundial de esta patología, se conoce que cada año alcanza los USD 108 billones, de los cuales 65 billones son atribuidos al manejo de la enfermedad y 43 billones a los costos indirectos, donde se encuentran los correspondientes a las readmisiones hospitalarias. Estos valores son asumidos por el gobierno, aseguradoras y pacientes, e incluyen los costos pagados por el sistema de salud, además de la carga económica de las pérdidas de años de vida saludable y de ingresos futuros por muerte prematura ^{21,22}.

El manejo de la ICC rara vez se optimiza durante la hospitalización, debiendo ajustar los medicamentos y observando signos y síntomas de descompensación posterior al alta, siendo fundamental una transición adecuada entre el hospital y el hogar para mantener la continuidad de la atención del paciente ²³. Lo anterior se convierte en una de las principales

desencadenantes de las readmisiones. Cabe señalar que los motivos de readmisión por ICC son diversos, entre los principales se puede encontrar: i) falta de cumplimiento del régimen terapéutico prescrito, ii) prescripción de un tratamiento inadecuado, iii) falta de apoyo social y iv) falta de seguimiento tras el alta hospitalaria ²⁴. Muchas de estas causas podrían evitarse y disminuir si se implementaran programas o estrategias multidisciplinarias con intervenciones de educación en salud, lo cual podría repercutir en un descenso en los reingresos y en el costo que este flagelo tiene para los sistemas de salud ²⁵.

Por otro lado, estas readmisiones hospitalarias tienen diversas consecuencias en los pacientes con ICC. Se sabe que aumentan el riesgo de complicaciones y generan deterioro en la calidad de vida. Buscando dar solución, las intervenciones educativas se muestran como una estrategia para mejorar los conocimientos de la enfermedad, su tratamiento y las prácticas de autocuidado, llevando a un control óptimo de la ICC y una mejor respuesta clínica de los pacientes ²⁵.

Al respecto, es necesario decir que la educación debe tener un enfoque participativo y de empoderamiento de los pacientes; no basta con entregar información o material educativo. Es fundamental que el paciente sea protagonista del proceso y realice acciones dirigidas al mantenimiento de su salud. De esta forma, se establecen intervenciones de enseñanza de prácticas de autocuidado para los pacientes que contribuyen a la reducción de reingresos hospitalarios por descompensación de la ICC ²⁴.

No obstante, la implementación de dichas estrategias, en ocasiones, se ve obstaculizada por la edad de los pacientes, teniendo en cuenta que la mayoría de personas con ICC son adultos mayores, cuya comprensión y adherencia no es óptima, como en el caso de una persona de menor edad. Esto se convierte en la razón para que la educación sea implementada siguiendo orientaciones claves que abarcan la evaluación del conocimiento previo, el reconocimiento de lo que se debe enseñar de acuerdo con necesidades y capacidades, la definición de los objetivos que se desea alcanzar, la elección del tipo o la estrategia de educación y la aplicación de una evaluación posterior al proceso educativo ²⁶⁻²⁸.

En ese sentido, la educación no solo es diversa en sus formas, sino también en los contextos o escenarios donde se desarrolla, permitiendo que sea transversal en todo el proceso de salud-enfermedad de los pacientes con ICC²⁵.

Varios de los problemas derivados del déficit de autocuidado en pacientes con FC son situaciones que pueden ser mediadas a través de intervenciones educativas — cualquiera que sea su tipo o escenario— lideradas por un equipo multidisciplinario capacitado, donde la labor del profesional de enfermería es fundamental²⁹.

Recientemente, en Colombia fue realizado un ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención de enfermería centrada en la toma de decisiones para el manejo de los síntomas en adultos con ICC. El estudio fue sustentado en la teoría de situación específica del autocuidado en ICC, la cual define el autocuidado como un proceso de toma de decisiones naturalista que influye en las acciones para el mantenimiento y la gestión del autocuidado. Los hallazgos demuestran que la intervención de enfermería fue efectiva para mejorar los índices de mantenimiento y gestión del autocuidado³⁰.

Lo anterior refuerza la importancia de continuar potenciando el rol educativo dentro del quehacer de los profesionales de la salud, debido a que es la oportunidad propicia para fortalecer las capacidades de liderazgo y lograr la modificación de conductas en los pacientes, elemento primordial en el manejo de la ICC²⁹.

El diagnóstico de la IC puede ser difícil, especialmente en las etapas iniciales. Aunque los síntomas llaman la atención del facultativo, muchos de los síntomas de la IC no son específicos y, por lo tanto, no ayudan a distinguir entre la IC y otros problemas^{31,32}.

Los síntomas y signos pueden ser especialmente difíciles de identificar e interpretar en obesos, ancianos y pacientes con enfermedad pulmonar crónica. Además hay mayor frecuencia de síntomas y signos atípicos, que pueden interferir con el cuadro clínico, y la ausencia de los signos clásicos en 1/3 de los pacientes³².

Presentación típica^{31,32}:

- Disnea en cualquiera de sus modalidades: de esfuerzo, de reposo, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema pulmonar agudo.
- Pulso taquicárdico o arrítmico.
- Signos de congestión pulmonar: taquipnea, estertores húmedos, derrame pleural (derecho o bilateral).
- Auscultación cardíaca: puede haber ritmo de galope, arritmias, soplos de diferentes magnitudes.
- Signos de bajo gasto: debilidad, fatigabilidad fácil, mareos, síncope de esfuerzo.
- Signos de congestión sistémica: distensión venosa yugular, hepatomegalia congestiva, ascitis (en casos avanzados), edemas periféricos (por lo general en miembros inferiores, pero en el paciente encamado buscarlo en zonas de declive como espalda y región sacra).

Las medidas terapéuticas no farmacológicas constituyen un pilar básico en el tratamiento de la ICC. Los dos aspectos esenciales son el autocuidado del paciente y la adherencia al tratamiento; en ambos casos la herramienta básica para conseguirlos la proporciona la educación sanitaria. El autocuidado debe contemplar los siguientes aspectos: a) acciones destinadas a mantener la estabilidad física, b) evitar comportamientos que pudieran empeorar la enfermedad, y c) favorecer el conocimiento e identificación precoz de síntomas o signos de deterioro o descompensación. Estas medidas, acompañadas de una dieta hipocalórica y restricción hídrica, son muy útiles; sin embargo, la necesidad de restringir el consumo de líquidos es más controversial^{33,34}.

Aunque es muy recomendada, algunos solo la indican cuando el paciente está hiponatémico, pero no existen estudios controlados que evalúen este aspecto; se recomiendan restricciones de líquidos para pacientes hospitalizados con IC grave desde 800 a 1.000 ml al día, y se controla estrictamente cualquier desequilibrio de electrolitos o de la función renal. En el paciente ambulatorio, la restricción son entre 1.200 y 1.500 ml al día, para posteriormente liberar el consumo de líquidos cuando el paciente haya alcanzado su peso «seco»; de ahí en adelante el control del consumo de líquidos y diuréticos se hace en dependencia del peso diario, de tal forma que si el paciente aumenta entre 1,5 y 2 kilogramos de peso en 24 horas, significaría retención de líquidos; en estos

casos se ha instruido previamente al paciente para reiniciar la restricción de líquidos y adicionar nuevamente diuréticos ^{33,34}.

Además del control diario del peso corporal, también es necesario un plan de ejercicio físico controlado, cese del tabaquismo, el alcoholismo y el empleo de una dieta hiposódica. La restricción en el consumo de sodio se ha considerado un componente fundamental en el tratamiento de la IC, incluso en presencia de un adecuado tratamiento con diuréticos. Las recomendaciones sobre la restricción en el consumo de sodio son de 3 gramos de sal al día, y de menos de 2 gramos para pacientes con IC grave refractaria al tratamiento ^{33,34}.

El apoyo social es fundamental. La familia y/o los cuidadores juegan un papel muy importante en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Por un lado sirven de soporte al paciente en su enfermedad, recordándole la medicación, acompañándole a las consultas médicas, etc. Por otro lado le prestan el necesario apoyo psíquico, emocional y social para que el paciente pueda afrontar la enfermedad en las mejores condiciones posibles ^{33,34}.

Debe educarse a los pacientes y/o cuidadores en cuanto al conocimiento de la enfermedad, la detección de los "signos de alarma", la importancia de la cumplimentación correcta del tratamiento y sus efectos secundarios, el control de factores de riesgo, debe insistirse en vacunación anual, ejercicio en función de posibilidades, evitar uso de AINEs, la importancia en dieta con restricción de sal ³⁵⁻³⁴.

La práctica saludable de los estilos de vida en los pacientes con Insuficiencia Cardiaca Congestiva son vitales para no presentar complicaciones y muerte prematura, éstos son definidos como "una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales, individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socio económicas y ambientales" ³⁴.

Basándonos en esta definición, es evidente que el paciente con Insuficiencia Cardiaca Congestiva posee un amplio margen de estilos de vida, además sería complicado para el prestador de salud poder abarcar en un solo grupo a todos los pacientes pues como se ha revisado dependen de muchos factores; sin embargo es importante determinar estos estilos, caso contrario el paciente

seguirá en su círculo vicioso, como menciona Achury y colaboradores ³⁵, se debe detectar tempranamente cambios que se producen en las dimensiones físicas, social y emocional para fomentar el autocuidado de los pacientes, para un adecuado control y cambios en los estilos de vida que, de no ser modificados, conducirían al paciente a enfrentarse a potenciales complicaciones letales.

Los pacientes con ICC tienen una situación de vida muy compleja que, habitualmente, manejan sin el apoyo de los profesionales sanitarios. Kendall y col señalan que los pacientes, junto con una participación más activa, deben asumir los cambios necesarios para mejorar su calidad de vida y la responsabilidad de su cuidado. También la OMS apunta a la necesidad de que los profesionales promuevan un cuidado innovador con un enfoque educativo que empodere a los pacientes. En este contexto del cuidado, los profesionales de salud tienen un papel clave por su posición cercana y la labor que realizan en el seguimiento de este tipo de pacientes ^{36,37}.

Ante esta necesidad surge el empoderamiento como una estrategia para que los pacientes abandonen su papel pasivo y participen activamente en su proceso de salud y mejoren su calidad de vida. Es importante distinguir el concepto de empoderamiento de otros términos, como autocuidado, participación del paciente y cuidado centrado en el paciente, cuyo significado es diferente a pesar de haberse utilizado de manera indistinta. La definición que propone la OMS, que concibe el empoderamiento como un proceso que permite a los pacientes ejercer un dominio sobre su salud individual, al aumentar sus capacidades para obtener un mayor control sobre las cuestiones que ellos mismos definen como importantes. Mediante este proceso, las personas observan una relación entre sus metas y el modo de alcanzarlas y un vínculo entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen ^{38,39}.

Desde esta perspectiva, se presenta el empoderamiento de los pacientes como una estrategia adecuada para mejorar su adherencia al tratamiento, producir cambios importantes en los hábitos de vida y una mayor satisfacción de la experiencia del paciente con respecto a los profesionales. Así, se podrá retrasar la progresión de la enfermedad, favorecer la autonomía de los

pacientes y disminuir los reingresos hospitalarios, con el consiguiente ahorro de costes en el sistema sanitario ³⁸.

Como señalan diversos autores, las estrategias diseñadas para educar y capacitar a los pacientes para mejorar su salud y cambiar el comportamiento necesario no siempre consideran a los pacientes como parte activa de su proceso. Este hecho tiene especial relevancia en el contexto hospitalario, donde las enfermeras pueden establecer una relación interpersonal con los pacientes/familia con ICC que propicie una práctica centrada en la persona y el desarrollo de intervenciones que favorezcan su empoderamiento ³⁸⁻⁴⁰.

Básicamente estos programas (PGE) se han agrupado en tres modelos:

1. Equipos multidisciplinares que ofrecen un seguimiento especializado en hospital de día o domicilio.
2. Gestión del proceso de IC a través de seguimiento telefónico o en clínica si existe deterioro.
3. Programas educativos diseñados para aumentar el autocuidado.

Aunque muy heterogéneos entre sí, en la estructura, miembros del equipo y organización en función de los sistemas de salud de cada país, estos programas comparten algunos elementos clave: diagnóstico ecocardiográfico de disfunción ventricular, seguimiento precoz tras la hospitalización, intervención educativa, optimización de tratamiento farmacológico y acceso fácil a los miembros del programa (fundamentalmente personal de enfermería especializado en IC) ^{41,42}.

Distintos meta-análisis han confirmado la efectividad global de estos programas en términos de reducción de mortalidad y reingreso hospitalario ³⁹⁻⁴². Esto ha hecho que incluso las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC), y la americana (AHA) ⁴³, recomienden que "un sistema organizado de especialistas en IC se establezca para mejorar resultados en los pacientes con IC" (clase I, nivel A).

Finalmente, la evidencia existente muestra estudios primarios que señalan el impacto de la educación en la mejoría de desenlaces clínicos de los pacientes, encontrándose diferentes estrategias de intervención. Se concluye que es

necesario realizar una síntesis actualizada de la literatura donde se pueda evidenciar el efecto combinado de estas intervenciones y así poder establecer una ruta más clara de los planes de cuidado a seguir en los pacientes con ICC, propendiendo por la disminución de readmisiones y días de estancia hospitalaria, un aumento en su calidad de vida y un impacto positivo en los servicios y sistemas de salud.

MATERIALES Y METODOS

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes después con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre insuficiencia cardíaca en pacientes con diagnóstico de la enfermedad, pertenecientes al consultorio 5 del área de salud del policlínico "Máximo Gómez Báez" del municipio Chambas en Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de febrero del 2020 a Junio del 2022 a través de un Programa de Intervención Educativa.

Definición del universo de estudio.

El universo de estudio está constituido por 32 pacientes con diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca que pertenecen al área de salud de referencia en el periodo de estudio antes señalado. Se trabajó con la totalidad de los pacientes del universo por cumplir con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Que expresen su consentimiento para participar en la investigación (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud: extranjeros y cubanos.
2. Invalidez física y mental total o parcial que imposibilite la participación en el programa.
3. Residentes del área que se encuentran fuera de la misma en el momento de la intervención.

Criterio de salida:

1. Abandono por decisión propia
2. Fallecimiento en el momento de la investigación.

Aspectos Éticos

Para la realización del estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican

en Cuba (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité Ético del Policlínico "Máximo Gómez Báez" del municipio Chambas en Ciego de Ávila. A los pacientes seleccionados se le informó sobre el objetivo de la intervención y la inocuidad de la misma, que su participación sería voluntaria y una vez incorporadas a este tendría la posibilidad de abandonarlo si así lo decidieran. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos y el investigador, quien dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información (Anexo 1)

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos teóricos:

Histórico-Lógico: a través de este método se pudo estudiar y describir los antecedentes del problema desde un marco teórico mundial, en el país, la provincia, el municipio y el área de salud donde se realizó el trabajo.

Análisis-Síntesis: se utilizaron para determinar el estado actual del problema que se investigó, así como sus causas, además del análisis cuali- cuantitativo de los resultados utilizados.

Sistémico – estructural- funcional: al diseñar las acciones educativas para contribuir a la lactancia materna exclusiva en las gestantes.

Métodos del nivel empírico:

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite

conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

La principal ventaja de la encuesta frente a otras técnicas es su versatilidad o capacidad para recoger datos sobre una amplia gama de necesidades de información.

Los datos para el estudio se obtuvieron a partir de una encuesta que incluyó datos sociodemográficos y las variables de interés para la información, que permitió identificar las necesidades de aprendizaje antes y después de la intervención (ver anexo II) diseñada por el autor de la investigación, la cual será aplicada antes y después de la intervención educativa.

Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas en el área de salud de referencia, dirigida por el equipo básico de salud para promover acciones de educación.

Métodos del nivel estadístico:

Permitió tabular los datos obtenidos en la investigación, el procesamiento de los datos y determinar las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de cada variable y sus correspondientes indicadores mediante el sistema SPSS, (Statistical Package For Scientific Social) para establecer tablas de contingencias.

Los métodos empleados fueron de la estadística descriptiva la distribución de frecuencias absolutas (Números) y relativas. (Porcentaje)

Se comparan los resultados antes y después de la intervención

Los resultados se presentaron en las tablas de distribución de frecuencia absoluta para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

El estudio se organizó en tres momentos.

• Etapa Organizativa:

Se citó la muestra seleccionada a las cuales se le brindó información sobre la investigación y se le solicitó el llenado del consentimiento informado para participar en el estudio. (Anexo 1)

- **Etapa de intervención:**

Se aplicó la encuesta para la recolección de los datos primarios y para el diagnóstico inicial, (anexo No 2) que permitió identificar el nivel de conocimientos sobre insuficiencia cardíaca en pacientes con diagnóstico de la enfermedad, pertenecientes al consultorio 5 del área de salud del policlínico "Máximo Gómez Báez" del municipio Chambas en Ciego de Ávila.

Se implementó el programa educativo (anexo No 3) que se diseñó teniendo en cuenta las brechas existentes en los conocimientos sobre la enfermedad diagnosticadas en la encuesta inicial a partir de una revisión bibliográfica exhaustiva, este programa responde a la necesidad creciente en la población de elevar los conocimientos sobre insuficiencia cardíaca. En este programa se enfatizan los principios didácticos que aseguran una mejor atención a las particularidades sobre el tema de forma que se logre una asimilación activa consciente de los conocimientos.

El programa está estructurado en 5 sesiones de 60 minutos de duración cada una de las cuales 2 se utilizaron para la presentación y evaluación inicial y final, 4 corresponderán a conferencias y a clases prácticas impartándose al grupo de participantes, en un local del policlínico "Máximo Gómez Báez" de Chambas, habilitado para la actividad en los que se ofreció la información actualizada atendiendo a:

- 1) Reconocimiento de síntomas y signos de la enfermedad.
- 2) Dieta adecuada del paciente con insuficiencia cardíaca.
- 3) Beneficios de practicar actividad física de forma gradual.
- 4) Importancia de una adecuada adhesión al tratamiento.

- **Etapa de evaluación:**

Dos semanas después de haber terminado el Programa educativo se aplicó nuevamente la encuesta inicial (anexo No 2), con las mismas características que en la primera etapa, para comprobar los conocimientos adquiridos como resultado de la implementación del mismo.

Variable dependiente:

Conocimientos sobre insuficiencia cardíaca.

Se tuvieron en cuenta las respuestas a las preguntas del cuestionario de los pacientes, antes y después de la implementación del Programa educativo. Se expresó en números y por ciento y fue utilizada la siguiente escala:

Evaluación:

- De 10 a 17 respuestas correctas: Adecuado
- De 0 a 9 respuestas correctas: Inadecuado

Variable independiente:

Intervención Educativa sobre insuficiencia cardíaca en pacientes con diagnóstico de la enfermedad.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Menos de 40 años De 40 a 59 años 60 o más años	Según años cumplidos.	Número y por ciento
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo de pertenencia	Número y por ciento
Nivel de conocimientos sobre dieta adecuada del paciente	Cualitativa ordinal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Adecuado: 3 respuestas correctas Inadecuado: 0 a 2 respuestas correcta	Número y por ciento

nivel de conocimientos sobre reconocimiento de síntomas y signos de la insuficiencia cardíaca	Cualitativa ordinal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Adecuado: 3 respuestas correctas Inadecuado: 0 a 2 respuestas correcta	Número y porcentaje
nivel de conocimientos sobre la importancia de una adecuada adhesión al tratamiento,	Cualitativa ordinal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Adecuado: 2 respuestas correctas Inadecuado: 0 a 1 respuestas correcta	Número y porcentaje
nivel de conocimientos sobre beneficios de practicar actividad física de forma gradual,	Cualitativa ordinal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Adecuado: 2 respuestas correcta Inadecuado: 0 respuesta correcta	Número y porcentaje
nivel global de conocimientos sobre la insuficiencia cardíaca,	Cualitativa ordinal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Adecuado: De 10 a 17 respuestas correctas Inadecuado: De 0 a 9 respuestas correctas	Número y porcentaje

Métodos de procesamiento, análisis de la información y técnicas a utilizar.

Los datos obtenidos mediante técnicas cuantitativas fueron captados de los instrumentos de recolección de la información, con la aplicación de la encuesta, y se resumieron y analizaron utilizando de la estadística descriptiva las frecuencias absolutas y relativas (%) y se presentaron en tablas de distribución de frecuencias.

Se confeccionó un informe final con los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Intervención educativa sobre insuficiencia cardíaca en pacientes con diagnóstico de la enfermedad pertenecientes al consultorio 5 del área de salud del policlínico "Máximo Gómez Báez. Chambas.

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Menos de 40 años	1	5,3	1	7,7	2	6,3
De 40 a 59 años	7	36,8	5	38,5	12	37,5
60 o más años	11	57,9	7	53,8	18	56,3
Total	19	100,0	13	100,0	32	100,0

Fuente: Encuesta

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes según las edades agrupadas en rangos y el sexo biológico de pertenencia.

Se pudo observar que predominó el sexo masculino con 19 pacientes por las 13 féminas observadas.

El grupo de edades más frecuente resultó el de 60 o más años con 18 de ellos para un 56,3 % del total, seguido por las edades entre 40 y 59 años y las de menores de 40 años con 12 y 2 casos por ese orden que representaron el 37,5 % y el 6,3 % respectivamente.

En un estudio similar realizado por Torres Inga ⁴⁴, está observó que la media de edad de la población se ubicó en 61,68 años (DE= 13,59 años) siendo el grupo más preponderante el de los pacientes de más de 60 años con el 47,1% de la población, el 55,9% de los pacientes fueron de sexo femenino. En el presente estudio se observa una relación similar en cuanto a la edad, no así en el sexo donde existió una mayor incidencia del sexo masculino.

Tabla 2. Pacientes según nivel de conocimientos sobre dieta adecuada del paciente con insuficiencia cardíaca, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	12	37,5	26	81,3
Inadecuado	20	62,5	6	18,8
Total	32	100,0	32	100,0

Fuente: Encuesta

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según la dieta adecuada que debe seguir un paciente con insuficiencia cardiaca, analizado antes y después de realizar la capacitación con los participantes.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 12 de los participantes presentaban un conocimiento adecuado sobre la dieta para un 37,5 % del total mientras que 20 de ellos (62,5 %,) no lograban responder adecuadamente las preguntas de la encuesta para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación de la encuesta con un total de 26 participantes con respuestas adecuadas en este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 81,3 %. Observándose una modificación positiva del nivel de conocimiento.

Torres Inga ⁴⁴, refiere en su estudio que la valoración de los estilos nutricionales revelan asimetrías; el consumo de carbohidratos es incluso menor pues el 20,6% lo hace diariamente; las grasas fueron el alimento mayormente consumido por los pacientes con el 35,3% de frecuencia diaria; lo llamativo es que el 52,9% de los pacientes no consume agua de manera regular. La principal razón por la cual los pacientes elijen la dieta que consumen fueron porque es la dieta que siempre han tenido, en el 29,4% de los casos los pacientes elegían su dieta pues desconocían una dieta mejor o adecuada. La falta de consumo de alimentos como los vegetales fue mayor 90,9% al igual que la falta de consumo de frutas 53,3%.

Rojas ⁴⁵, refiere que en los pacientes con ICC la nutrición es un puntal en el tratamiento y como indicador de la evolución, los factores nutricionales no solamente son relevantes en este periodo de la enfermedad sino incluso en un

periodo pre patológico (casos de obesidad influyen en la falla cardíaca) , a pesar de la importancia de estos factores en la población con ICC son variables, el consumo excesivo de grasas (diariamente) alcanzó en su estudio el 35,3% ; el 32,4% de los pacientes consumían azúcares diariamente, en contraposición a esta situación el consumo diario de vegetales y de frutas fue de 38,2% y 32,4% .

Tabla 3. Pacientes según nivel de conocimientos sobre reconocimiento de síntomas y signos de la insuficiencia cardiaca, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	7	21,9	20	62,5
Inadecuado	25	78,1	12	37,5
Total	32	100,0	32	100,0

Fuente: Encuesta

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según el reconocimiento de síntomas y signos de la insuficiencia cardiaca, analizado antes y después de realizar la capacitación con los participantes.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención solo 7 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuado sobre la temática para un 21,9 % del total, mientras que 25 (78,1 %), respondían erradamente los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizada la implementación del programa educativo, el nivel de conocimientos adecuados aumentó a 20 pacientes, y a pesar de ser un bajo porcentaje de respuestas adecuadas (62,5 %), la modificación de conocimientos resultó positiva.

García ⁴⁶, confirma en su estudio que en una población con IC, pacientes que ya se encuentran en tratamiento y que se hallan en un proceso de recuperación; es entendible que esta población ya posea información sobre su patología y hábitos alimenticios (la educación de este tipo de pacientes siempre es precoz), a pesar de esta premisa se encontró que no en todos los casos los pacientes poseen buenos hábitos algunos desconocen los síntomas y signos de la enfermedad ⁴⁷.

Tabla 4. Pacientes según nivel de conocimientos sobre la importancia de una adecuada adhesión al tratamiento, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	11	34,4	20	62,5
Inadecuado	21	65,6	12	37,5
Total	32	100,0	32	100,0

Fuente: Encuesta

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según la importancia de una adecuada adhesión al tratamiento en un paciente con insuficiencia cardiaca, antes y después de la implementación del programa educativo.

Se observó que antes de la intervención, 11 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 34,4 % del total mientras que 21 de ellos (65,6 %) sus conocimientos eran inadecuados.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, ya un tiempo prudencial de terminar con la intervención educativa, los participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 20 para un 62,5 % que aunque no resultó en un aumento porcentual considerable, sí resultó suficiente para ser considerado mejorado.

Torres Inga ⁴⁴, refiere que la principal causa para la no adhesión al tratamiento médico en esta población fue la presentación de efectos adversos y el olvido con el 26,5% cada una de estas causas.

Márquez ⁴⁸, refiere en su estudio sobre la adherencia al tratamiento que, únicamente el 44,1% de la población refirió que se ha adherido al tratamiento de manera adecuada; el restante 55,9% resultó no adherente al tratamiento, resaltando que existen 2 causas principales para el desarrollo de ésta situación: con el 26,5% cada causa fueron los efectos adversos de la medicación y el olvido de la misma.

Rojas ⁴⁵, en su artículo publicado, encontraron que el 80,12% de los pacientes se encuentra frecuentemente adheridos al tratamiento farmacológico y no

farmacológico, al contrario de los hallazgos en nuestra población donde la adhesión fue mucho menor.

Tabla 5. Pacientes según nivel de conocimientos sobre beneficios de practicar actividad física de forma gradual, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	19	59,4	30	93,8
Inadecuado	13	40,6	2	6,3
Total	32	100,0	32	100,0

Fuente: Encuesta

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según los beneficios de practicar actividad física de forma gradual para un paciente con insuficiencia cardiaca, antes y después de implementar el programa educativo.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, 19 de los participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos para un 59,4 % de los participantes en el estudio mientras que 13 de ellos (40,6 %), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicada la encuesta, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 30 (93,8 %), siendo esta modificación, positiva.

Torres Inga ⁴⁴, tras la valoración de los componentes del cuestionario de actividad física se encontró una frecuencia de sedentarismo de 26,5%; en el 73,5% de los casos los pacientes realizaban adecuada actividad física. El 44,1% de los pacientes refirió que no realiza actividades físicas como quisiera por la razón que desconoce los beneficios de esta actividad, en el 14,7% fue por falta de tiempo.

De la Serna ⁴⁹, menciona que en los últimos años es totalmente aceptado el actividad física como una de las formas de tratamiento en pacientes con IC, en este sentido es importante resaltar que la recomendación de reposar para los pacientes con ICC ha sido siendo reemplazada poco a poco, en tal medida que ahora forma parte de las recomendaciones en salud.

Tabla 6. Pacientes según nivel global de conocimientos sobre la insuficiencia cardiaca, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	13	40,6	23	71,9
Inadecuado	19	59,4	9	28,1
Total	32	100,0	32	100,0

Fuente: Encuesta

La tabla 6 muestra la distribución de pacientes según el nivel global de conocimientos sobre la insuficiencia cardiaca medido en las diferentes interrogantes del estudio, antes y después de implementar la intervención educativa.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, aplicada como evaluación diagnóstica para identificar el conocimiento de los participantes en la investigación en los diferentes aspectos sobre insuficiencia cardiaca, solo 13 (40,6 %) de los pacientes presentaban un nivel de conocimientos general adecuado sobre elementos referentes a este tipo de enfermedad.

Ya pasado un tiempo prudencial de terminado el programa educativo y aplicada la encuesta por segunda vez, esta cifra aumentó a 23 participantes evaluados con conocimientos generales adecuados sobre la mencionada enfermedad y se logró de esta forma una modificación del nivel de conocimientos de forma positiva.

En el meta-análisis realizado por Feltner y colaboradores ⁵⁰, objetivaron que los programas multidisciplinares de intervención comunitaria, las visitas exhaustivas a domicilio y el soporte telefónico estructurado disminuían reingresos por IC y mortalidad. La educación (con énfasis en el autocuidado), farmacoterapia, hacer hincapié en la promoción de la adhesión, un estilo de vida más saludable y la accesibilidad a equipo de soporte parecen ser los responsables de los beneficios. Reciente estudio ⁵¹, demuestra que los pacientes con mayor autocuidado tras educación en la enfermedad reingresan menos.

Todo el estudio evidenció que en la mayoría de los casos se poseen hábitos de vida saludables, pero esta realidad y obviamente los beneficios a la salud de estos hábitos, no se transmiten al 100% de los pacientes; aún existen pacientes con IC que no se alimentan adecuadamente, que son sedentarios, que no se adhieren al tratamiento que no conocen sus síntomas; resulta extraño que los pacientes tengan hábitos que reduzcan su calidad de vida y aumenten el riesgo de complicaciones, sin embargo se estima que la autonomía de cada paciente para tomar decisiones lleva a esta realidad. La identificación de puntos críticos en los hábitos de los pacientes con IC, resulta en la presente investigación de suma importancia, de esta manera se establecerán patrones de actuación y de intervención en esta población.

CONCLUSIONES

En la intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre insuficiencia cardíaca en pacientes enfermos, pertenecientes al consultorio 5 del área de salud del policlínico "Máximo Gómez Báez del municipio Chambas, hubo un predominio el sexo masculino y los adultos mayores. Antes de la intervención, la mayoría de los participantes presentaban deficiencias en el nivel de conocimientos sobre dieta adecuada del paciente, reconocimiento de síntomas y signos de la insuficiencia cardíaca e importancia de una adecuada adhesión al tratamiento, mientras que los conocimientos iniciales sobre beneficios de practicar actividad física de forma gradual, eran dominados por más de la mitad de ellos. Después de la intervención, se logró una modificación positiva de la totalidad de los temas abordados; así como del nivel global de conocimientos sobre Insuficiencia cardíaca en la mayoría de los pacientes con diagnóstico de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pereira Rodríguez J E, Rincón González G, Niño Serrato D R. Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. CorSalud [Internet] 2019 ene [citado 2021 Sep 26]; 8(1): [Aprox.2p]. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/98/240>
2. Sección de Insuficiencia Cardíaca Sociedad Española de Cardiología. Cerca del 60% de los pacientes con insuficiencia cardíaca tiene cinco o más enfermedades crónicas asociadas. España: Málaga. [Internet] 2019 jun [citado 2021 Sep 26]. Disponible en: <https://www.secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/10659>
3. Servicio Andaluz de Salud. Guía de atención enfermera a personas con insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. España: Consejería de Salud Junta de Andalucía. [Internet] 2017 [citado 2021 Sep 26].
4. Disponible en: <https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2017/12/guiainsuficiencia.pdf>
5. Medina Méndez A, Ulate Arguedas H. El rol de los Cuidados Paliativos en la Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Terminal. Rev. Clin Esc ME. [Internet], 2019 ene [citado 23 feb. 2020]; 9(6): [Aprox. 7p]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescm/ucr-019/ucr196e.pdf>
6. Falconi Borja ME, Soria Ataja FA. Enfoque enfermero en los cuidados paliativos al adulto hipertenso y diabético. [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2019. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/>
7. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2018; 64:e139-e228.
8. Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB, et al. Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years: A randomized clinical trial. JAMA. 2019; 315:2673-82.
9. Filippatos G, Khan SS, Ambrosy AP, Cleland JGF, Collins SP, Lam CSP, Angermann CE, Ertl G, Dahlström U, Hu D, Dickstein K, Perrone SV, Ghadanfar M, Bermann G, Noe A, Schweizer A, Maier T, Gheorghiu M. International Registry to assess medical Practice with IOngitudinal

- obseRvation for Treatment of Heart Failure (REPORT-HF): rationale for and design of a global registry. Eur J Heart Fail. 2017;17:527–33.
10. Pereira Rodríguez J E, Rincón González G, Niño Serrato D R. Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. CorSalud, [S.L.], [Internet], 2016 ene [citado 23 feb. 2020]; 8(1): [Aprox.2p]. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/98/240>
 11. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de la República de Cuba. 2017. ed.-018: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2019.
 12. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de la República de Cuba. 2020. ed.-018: Oficina Nacional de Estadística e Información [Internet] 2021 [citado 2021 Sep 26]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-spa%20C3%B1ol-2020-Definitivo.pdf>
 13. Sección de Insuficiencia Cardíaca. Sociedad Española de Cardiología. Cerca del 60% de los pacientes con insuficiencia Cardíaca tiene cinco o más enfermedades crónicas asociadas. España: Málaga. [Internet].2019 jun 12 [Citado 10 ene 2020]. Disponible en: <https://www.secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/10659>
 14. Rodríguez Perón JM, Aldana Vilas L, Villalobos Hevia N. Método Delphi para la identificación de prioridades de ciencia e innovación tecnológica. Rev. Cubana MED. Mil [Internet]. 2010 dic. 39(34): [Aprox.12]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-5572010000300006>
 15. Spipp JP, Marri D, Llanes I A, Rivas F, Riernersman C N. Validación de un instrumento para identificar conocimientos y prácticas maternas de alimentación complementaria en una población vulnerable Rev Esp Nutr Comunitaria [Internet] 2020 [citado 2021 Sep 26]; 26(2): [Aprox.10p.]. Disponible en: https://renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2020_2_03_-_RENC-D-19-0052.pdf
 16. Saldarriaga CI; Garcés JJ; Agudelo A; Guarín LF; Mejía J. Impacto clínico de un programa de falla cardíaca. Rev Colomb Cardiol. 2019;23(4):260-264. <http://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.06.012>
 17. Benjamin E; Muntner P; Bittencout MS; Callaway CW; Carson AP; Chamberlain AM et al. Heart disease and stroke statistics — 2019 Update: A

- report from the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139:e56-e528. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>
18. Gómez E. Capítulo 2. Introducción, epidemiología de la falla cardíaca e historia de las clínicas de falla cardíaca en Colombia. *Rev Colomb Cardiol*. 2017;23(S1):6-12. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.004>
 19. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la falla cardíaca en población mayor de 18 años clasificación B, C y D. 2015- 2018. <https://bit.ly/3kvG45n>
 20. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Compare. 2019. <https://bit.ly/3kT1ART>
 21. Cook C; Cole G; Asaria P; Jabbour R; Francis DP. The annual global economic burden of heart failure. *Int J Cardiol*. 2017;171(3):368-376. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.12.028>
 22. Farmakis D; Papingiotis G; Parissis J. Acute heart failure: Epidemiology and socioeconomic burden. *Contin Cardiol Educ* 2018;3(3):88-92. <https://doi.org/10.1002/cce2.61>
 23. Desai AS; Stevenson LW. Rehospitalization for heart failure: predict or prevent? *Circulation*. 2018; 116(4):501-506. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.112.125435>
 24. Iraurgi BAE; Muñiz J; Rodríguez-Fernández JA; Vidán-Martínez L; Silva-César M; Lamelo-Alfonsín F et al. Ensayo clínico aleatorizado y controlado para valorar una intervención por una unidad de hospitalización domiciliaria en la reducción de reingresos y muerte en pacientes dados de alta del hospital tras un ingreso por insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2017;60(9):914-922. <https://doi.org/10.1157/13109644>
 25. Cañón-Montañez W; Orostegui-Arenas M. Intervenciones educativas de enfermería en pacientes ambulatorios con falla cardíaca. *Enferm Global*. 2013;12(3):52-67. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.3.160411>
 26. Edvinsson ML; Stenberg A; Astrom-Olsson K. Improved outcome with standardized plan for clinical management of acute decompensated chronic heart failure. *J Geriatr Cardiol*. 2019; 16(1):12-18. <http://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2019.01.002>

27. Boyde M ; Peters R . Education material for heart failure patients : what works and what does not? Curr Heart Fail Rep. 2018; 11:314-320. <https://doi.org/10.1007/s11897-014-0200-1>
28. Cañón-Montañez W ; López-de-Ávila M ; Rodríguez-Acelas AL. Programas de autocuidado para mejorar los resultados clínicos en pacientes con insuficiencia cardiaca. Rev. Enf. Ref. 2020; V(3):1-6. <https://bit.ly/36ZTO3z>
29. Olmos-Salamanca J; Madrid-Murcia PV; Mejía-Liñán GA; Narváez-Martínez MA. Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardiaca. Repert Med Cir. 2018; 25(2):89-94. <https://doi.org/10.1016/j.reper.2016.02.010>
30. Herrera-Guerra EP. Toma de decisiones para el manejo de los síntomas en adultos con falla cardiaca: ensayo clínico aleatorizado [tesis de doctorado]. Universidad Nacional de Colombia; 2019. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69852>
31. Westenbrink BD, de Boer RA, Voors AA, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Anemia in chronic heart failure: etiology and treatment options. Curr Opin Cardiol 2018; 23:141-7.
32. Van Veldhuisen DJ, Anker SD, Ponikowski P, Macdougall IC. Anemia and iron deficiency in heart failure: mechanisms and therapeutic approaches. Nat Rev Cardiol 2016; 8:485-93.
33. McMurray J, Anand SI, Diaz R et al. Baseline characteristics of patients in the Reduction of Events with Darbeoetin alfa in Heart Failure trial (RED-HF). Eur J Heart Fail 2016; 15:334-41.
34. Comín-Colet J, Rubio-Rodríguez D, Rubio-Terrés C, Enjuanes-Grau C, Gutzwiller FS, et al. A Cost-effectiveness analysis of ferric carboxymaltose in patients with iron deficiency and chronic heart failure in Spain. Rev Esp Cardiol (Engl ed) 2018 Jan 28. Doi: 10.1016/j.rec.2014.10.010.
35. Achury D, Rodríguez S, Agudelo L. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca [Internet]. 2016 [citado 25 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/144.pdf>
36. Ponikowski P, Voors A, Anker S, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia

- cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol 2019; 69: 1167-1185.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.10.014>
37. Olano M, Orovioigoicoechea C, Errasti B, Saracibar M. The personal experience of living with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis of the literature. JCN 2019; 25: 2413-2429.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13285>
38. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literatura review. Patient Educ Couns 2019; 99: 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
39. Martínez P. Empoderamiento y promoción de la salud. Manual del superviviente: 2019. <https://elfarmacautico.es/index.php/revista-el-farmacautico-el-farmacautico-joven/item/6142-empoderamiento-y-promocion-de-la-salud#>
40. Mármol-López MI, Montoya IM, Montejano R, Escribano-Pérez A, Gea-Caballero V, Ruiz-Hontangas A. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública 2018; 92: e1-e15.
41. González M, Pedrero V. Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca [Internet]. Rev Chil Cardiol vol.32 no.2 Santiago; 2016 [citado 11 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071885602013000200008
42. Aldamiz-Echevarría B, Muñiz J, Rodríguez JA, Vidán L, Silva M, Lamelo F, et al. Ensayo clínico aleatorizado y controlado para valorar una intervención por una unidad de hospitalización domiciliaria en la reducción de reingresos y muerte en pacientes dados de alta del hospital tras un ingreso por insuficiencia cardíaca. Rev Esp Cardiol 2017; 60:914-22.
43. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. ACC/AHA Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the Guidelines for the evaluation and management of heart failure): Developed in collaboration with the American

College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation: Endorsed by the Heart Rhythm Society. *New Circulation*. 2018;112:154-235.

44. Torres Inga GR. "Estilos de vida de las personas con insuficiencia cardiaca congestiva que acuden a consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2016." Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas escuela de enfermería. 2017.
45. Rojas L, Echeverría L, Camargo F. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca [Internet]. *Enferm. glob.* vol.16 no.35; 2017 [citado 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
46. García M. Auto cuidados y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardiaca [Internet]. 7th. Virtual Congress of Cardiology; 2016 [citado 1 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/7cvc/llave/c181/garciagarridoll.pdf>
47. Achury D, Sepúlveda G, Rodríguez S. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardiaca [Internet]. *Enferm. glob.* vol.16 no.13 Murcia; 2016 [citado 10 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
48. Márquez J, Suárez G, Márquez J. Beneficios del ejercicio físico en la insuficiencia cardiaca [Internet]. *Rev Chil Cardiol* vol.35 no.3 Santiago; 2017 [citado 1 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=>
49. De la Serna F. El ejercicio físico en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. *Insuficiencia cardiaca crónica*. [Internet]. 2016 [citado 20 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.fac.org.ar/edicionII/inscac/cap25_2018.pdf
50. Feltner C, Jones CD, Cené CW, Zheng ZJ, Sueta CA, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for with heart failure. *Ann Intern Med* 2016; 160:774-84.
51. Sahebi A, Mohammad-Aliha J, Ansari-Ramandi M, Naderi N. Investigation the relationship between self-care and readmission in patients with chronic heart failure. *Res Cardiovasc Med* 2018; 4:e25472.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

El que suscribe: _____ doy mi conformidad para participar en la investigación "intervención educativa sobre insuficiencia cardíaca en pacientes enfermos". Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por el Doctor _____ quien me ha informado que:

Esta investigación tiene como objetivo principal implementar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre insuficiencia cardíaca.

Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información en este grupo etario sobre temas como: Reconocimiento de síntomas y signos de la enfermedad, Dieta adecuada del paciente con insuficiencia cardíaca, Beneficios de practicar actividad física de forma gradual, Importancia de una adecuada adhesión al tratamiento.

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ___ días del mes de _____ de 202_.

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

ENCUESTA

Edad _____

Sexo: ___ Femenino ___ Masculino

1. Sobre la dieta adecuada del paciente con insuficiencia cardiaca: Marque con una X la que considere correcta.

- a) _____ Consumo diario de verduras y viandas.
- b) _____ El consumo de lácteos todos los días
- c) _____ El consumo elevado de grasas puede ser perjudicial.
- d) _____ Consumo de frutas y vegetales es beneficioso
- e) _____ Comer pescado todos los días es beneficioso
- f) _____ Es aconsejable comer bajo de sal

2. ¿Cuáles serían los síntomas y signos típicos de la enfermedad? Marque con una X.

- a) _____ Falta de aire grave en reposo.
- b) _____ Confusión, debilidad, miembros.
- c) _____ Falta de aire al caminar.
- d) _____ Fatiga, cansancio, anorexia.
- e) _____ Congestión de las fosas nasales
- f) _____ Piernas inflamadas

3. Sobre la importancia de una adecuada adhesión al tratamiento. Marque con una X la que considere correcta.

- a) _____ Se debe ingerir el medicamento en el tiempo preciso que fue recetado por el médico.
- b) _____ Se puede tomar luego en caso de ser olvidado
- c) _____ dejar de tomarlo por unos días no trae consecuencias para la salud.
- d) _____ En caso de reacción adversa debe dejar de tomarlo de inmediato y visitar el médico.

4. ¿Considera usted que la práctica de actividad física de forma gradual resulta beneficiosa en la correcta evolución de la enfermedad?

_____ Sí _____ No

En caso de ser afirmativa explique brevemente porque:

Clave de calificación		
Preguntas	Respuestas correcta	Evaluación
1	a, c, d, f	Adecuado: 3 respuestas correctas Inadecuado: 0 a 2 respuestas correcta
2	a, c, d, f	Adecuado: 3 respuestas correctas Inadecuado: 0 a 2 respuestas correcta
3	a, d	Adecuado: 2 respuestas correctas Inadecuado: 0 a 1 respuestas correcta
4	Si	Adecuado: 2 respuestas correcta Inadecuado: 0 respuesta correcta

Escala de evaluación

Todos los incisos con un valor de 1 punto, hacen un máximo de 17 puntos

- De 10 a 17 respuestas correctas: Adecuado
- De 0 a 9 respuestas correctas: Inadecuado

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Reunión 1: Conociendo amigos.

Participantes: Dra. del GBT, psicóloga del área, enfermera de GBT

Local: Aula del policlínico.

Objetivos:

1. Crear un estado favorable en los participantes que facilite la reflexión grupal.
2. Explorar las expectativas de los participantes en relación con el programa.
3. Definir el encuadre y la metodología a seguir.
4. Determinar mediante la encuesta los conocimientos del tema antes de la intervención.
5. Exponer la situación actual del mundo, del país, de la provincia y de la comunidad.

Procedimientos o técnicas:

1. Introducción: El profesor se presentó diciendo su nombre y explicó los objetivos de la estrategia de intervención.
2. Presentación de los participantes. De pie y formando un círculo se les pidió a cada participante que dieran un paso al frente y dijera su nombre y apellidos a la vez que mencionara una cualidad que lo caracteriza.
3. Ejercicios de expectativas: en una hoja de papel de forma individual y anónima respondieron la siguiente pregunta. ¿Qué tema me gustaría que se tratara en este programa? Después los papeles se colocaron en una caja para mezclarlos, posteriormente cada paciente tomó uno al azar y lo leyó en voz alta para todo el grupo.
4. Presentación del programa. Los temas se escribieron en la pizarra.
5. Encuadre. Se definieron en colectivo los objetivos propuestos, funciones de los participantes, duración del programa, frecuencia de los encuentros, hora y lugar.
6. Encuesta: Se repartieron las mismas con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de cada integrante en relación con el tema a abordar.
7. Exposición respecto a la situación actual de la Diabetes Mellitus.
8. Resumen y cierre: Se les pidió a los participantes que definieran con una palabra lo que sintieron durante esta sesión. Esto permitió tener una idea de cómo asimilaban esta primera sesión de trabajo.

Materiales: Pizarra, tiza, computador, puntero.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas.

Tiempo: 2 horas.

Reunión 2: Conocimientos sobre síntomas y signos la insuficiencia cardiaca.

Local: Aula del policlínico.

Objetivos:

1. Exponer el concepto de insuficiencia cardiaca y compararlo con el de los participantes.
2. Identificar y ejemplificar los factores de riesgo para desarrollar insuficiencia cardiaca.
3. Identificar y ejemplificar los síntomas y signos de la enfermedad.

Procedimientos y Técnicas:

1. Introducción: Se debatieron los aspectos positivos y negativos de la sesión anterior.
2. Exposición por parte del profesor del concepto de insuficiencia cardiaca. y comparación con el concepto de algunas participantes.
3. Exposición por parte del profesor de los factores de riesgo y complicaciones de la insuficiencia cardiaca, así como la identificación de los signos y síntomas más relevantes de la enfermedad.
4. Ejercicio de relajación. "Estoy completamente tranquilo". Guiados por la Psicóloga del Grupo Básico de Trabajo donde está ubicada el área de salud.
5. Indicación de la tarea. Se les indicó a los participantes traer por escrito y de forma anónima la respuesta a la siguiente pregunta ¿Cuáles son los síntomas y signos de alarma de la insuficiencia cardiaca?
6. Resumen y cierre. Basado en los conceptos que han sido abordados en la sesión; se hizo un resumen de la sesión resaltando los aspectos de mayor importancia.

Materiales: Pizarra, tiza, computador, puntero.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas.

Tiempo: 2 horas.

Reunión 3: Estilos de vida adecuados.

Local: Aula del policlínico.

Objetivos:

1. Exponer el concepto estilo de vida saludable y compararlo con el de los participantes.
2. Identificar y ejemplificar dieta adecuada en pacientes con insuficiencia cardiaca.
3. Explicar los beneficios de practicar actividad física.

Procedimientos y Técnicas:

1. Introducción: Se debatieron los aspectos positivos y negativos de la sesión anterior.
2. Exposición por parte del profesor del concepto de insuficiencia cardiaca, y comparación con el concepto de algunas participantes.
3. Exposición por parte del profesor de los estilo de vida saludable para el control de complicaciones de la insuficiencia cardiaca.
4. Exposición de los beneficios de practicar actividad física como una forma de tratamiento en pacientes con IC.
5. exposición sobre la identificación de puntos críticos en los hábitos de los pacientes con IC, sedentarismo y hábito tabáquico.
6. Resumen y cierre. Basado en los conceptos que han sido abordados en la sesión; se hizo un resumen de la sesión resaltando los aspectos de mayor importancia.

Materiales: Pizarra, tiza, computador, puntero.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas.

Tiempo: 2 horas.

Reunión 4: Adherencia al tratamiento.

Local: Aula del policlínico.

Objetivos:

1. Exponer la importancia de una adecuada adhesión al tratamiento.
2. Identificar y ejemplificar los posibles efectos adversos de la medicación.
3. Explicar que una inadecuada evolución del tratamiento, aumenta el riesgo de complicaciones.

Procedimientos y Técnicas:

1. Introducción: Se debatieron los aspectos positivos y negativos de la sesión anterior.

2. Exposición por parte del profesor del concepto de insuficiencia cardiaca. y comparación con el concepto de algunas participantes.

3. Exposición por parte del profesor de la importancia de una adecuada adhesión al tratamiento en el control de complicaciones de la insuficiencia cardiaca.

4. Exposición de los posibles efectos adversos de la medicación de tratamiento en pacientes con IC y como contrarrestarlos.

5. Resumen y cierre. Basado en los conceptos que han sido abordados en la sesión; se hizo un resumen de la sesión resaltando los aspectos de mayor importancia.

Materiales: Pizarra, tiza, computador, puntero.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas.

Tiempo: 2 horas.

Reunión 5: Resumen y cierre.

Local: Aula del policlínico.

Etapa de Evaluación: Se aplicó nuevamente la encuesta en esta la última sesión con las mismas características de calificación y se evaluaron las modificaciones de los conocimientos antes y después de la intervención sobre la base de este período de tiempo.

Procedimientos o técnicas:

1. Introducción: Se procedió igual que en la sesión anterior.

2. Ejercicio de relajación. "Frente agradable, frente fresca". Guiados por la Psicóloga del Grupo Básico de Trabajo donde está ubicada la escuela.

3. Ejercicio de resumen. Se dividió el grupo en 2 y a cada grupo se le entregó un tema diferente pidiéndoles que hicieran un resumen. Un integrante de cada equipo leyó el párrafo resumen. Al concluir tenían un resumen del programa entero.

4. Aplicación de la encuesta. Cada participante respondió de forma anónima, esta encuesta es la misma que se aplicó antes de la intervención educativa.

5. Despedida. De pie y formando un círculo, el profesor agradeció la participación y le pidió que si alguno deseaba, podía expresar sus emociones sobre lo sentido durante la aplicación del programa.

Materiales: Pizarra, tiza, puntero.

Técnica participativa: Lluvia de ideas.

T i e m p o : 2 h o r a s .