



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE  
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Impacto de una experiencia educativa de autocuidado en pacientes con  
insuficiencia cardiaca en un hospital del  
Callao, 2023

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTORA:**

Huaman Quincho, Clorinda Patricia (orcid.org/0000-0002-7168-6092 )

**ASESORES:**

Dra. Campana Añasco de Mejía, Teresa de Jesús (orcid.org/0000-0001-9970- 3117)

Dr. Barreto Pérez, Danny Jamier German (orcid.org/0000-0003-1906-4437)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**LIMA - PERÚ**

**2024**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, fuentes inagotables de sabiduría y amor quienes me inculcaron el valor del estudio con dedicación y paciencia. Cada logro en este camino es un reflejo de la semilla de conocimiento que sembraron en mi corazón

A mis hijos mi motor y razón de ser, quienes iluminaron mis días con su alegría inigualable. Cada página escrita en esta tesis lleva consigo el propósito de brindarles un futuro lleno de oportunidades y ejemplo de perseverancia.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi asesora Dra. Campana Añasco de Mejía, Teresa de Jesús, mi guía en este arduo proceso. Su sabiduría paciencia y orientación fueron fundamentales para la culminación de mi tesis.

A los docentes que compartieron generosamente sus conocimientos y experiencias contribuyendo en mi formación académica



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

**Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, CAMPANA AÑASCO DE MEJIA TERESA DE JESUS, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Impacto de una experiencia educativa de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca en un hospital del Callao, 2023", cuyo autor es HUAMAN QUINCHO CLORINDA PATRICIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 19.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 07 de Enero del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CAMPANA AÑASCO DE MEJIA TERESA DE JESUS DNI: 31035536 ORCID: 0000-0001-9970-3117	Firmado electrónicamente por: TCAMPANAJ el 08- 01-2024 07:15:54

Código documento Trilce: TRI - 0724058



ESCUELA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

**Declaratoria de Originalidad del Autor**

Yo, HUAMAN QUINCHO CLORINDA PATRICIA estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Impacto de una experiencia educativa de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca en un hospital del Callao, 2023", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
CLORINDA PATRICIA HUAMAN QUINCHO <b>DNI:</b> 09402580 <b>ORCID:</b> 0000-0002-7168-6092	Firmado electrónicamente por: CHUAMANQU9 el 07- 01-2024 12:51:37

Código documento Trilce: TRI - 0724060

## ÍNDICES DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	iv
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	14
3.1 Tipo y diseño de Investigación	14
3.2 Variables y operacionalización	15
3.3. Población y muestra	16
3.4. Técnica e Instrumento de recolección	16
3.5 Procedimientos	18
3.6 Método de análisis de datos	18
3.7 Consideraciones éticas	18
IV. RESULTADOS	20
4.1 Descriptivos	20
4.2 Prueba de hipótesis	22
V. DISCUSIÓN.	25
VI.CONCLUSIONES.	29
VII. RECOMENDACIONE	30
VIII <sup>S</sup> REFERENCIAS	32
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de la IC	8
Tabla 2 Ficha técnica del Instrumento	17
Tabla 3 Datos sociodemográficos	20
Tabla 4 Autocuidado Pre-test y Post-test Variable	20
Tabla 5 Dimension.medidas de autocuidado Pre-test y post-test	21
Tabla 6 Dimensión Búsqueda de atención de salud.Pre-test y Post-test	21
Tabla 7 Prueba de Wilcoxon para el Pre-test y Pos-test	22
Tabla 8 Tamaño del efecto del autocuidado Pre-test y Post-test.	22
Tabla 9 Prueba de Wilcoxon para el Pre-test y post-test en autocuidado	23
Tabla 10 Tamaño del efecto del autocuidado Pre-test y Pos-test	23
Tabla 11 Estadísticos de prueba	24
Tabla 12 Tamaño del efecto	24

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura1 Diseño de estudio

14

## RESUMEN

La investigación planteo como objetivo determinar el impacto de una experiencia educativa en el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca de un Hospital del callao 2023.

La metodología fue de enfoque cuantitativo, diseño preexperimental. El instrumento un cuestionario: Escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca, aplicada a 50 pacientes que acuden a la unidad de insuficiencia cardiaca por primera vez (Pre-test) y Post-test después de la intervención educativa con 5 sesiones educativas personalizadas de autocuidado.

Los resultados demostraron en el pretest los pacientes tenían un autocuidado medio el 72% y bajo el 20%, alto el 8%, con relación al post test se muestra que el 98% tienen un autocuidado alto y el 2% medio, en la búsqueda de atención de salud en el pretest el 54% de pacientes con un nivel medio y el 32% bajo, en el Post-test muestra que el 92% tiene un nivel alto y el 8% medio. se concluye que la intervención educativa aplicada a los pacientes con sesiones educativas tuvo un impacto positivo en las medidas de autocuidado. Finalmente podemos afirmar que si existe diferencia significativa entre el autocuidado de los pacientes con IC antes y después de la experiencia educativa.

**Palabras clave:** educación en salud, promoción en salud, autocuidado en pacientes

## **ABSTRACT**

The objective of the research was to determine the impact of an educational experience on self-care in patients with heart failure at a Hospital in Callao 2023.

The methodology was quantitative approach, pre-experimental design. The instrument is a questionnaire: European Heart Failure Self-Care Scale, applied to 50 patients who attend the heart failure unit for the first time (Pre-test) and Post-test after the educational intervention with 5 personalized self-care educational sessions.

The results showed in the pretest the patients had medium self-care 72% and low 20%, high 8%, in relation to the post test it is shown that 98% have high self-care and 2% medium, in the search of health care in the pre-test 54% of patients with a medium level and 32% low, in the Post-test it shows that 92% have a high level and 8% medium. It is concluded that the educational intervention applied to patients with educational sessions had a positive impact on self-care measures. Finally, we can affirm that there is a significant difference between the self-care of patients with HF before and after the educational experience.

**Keywords:** heart failure, education, self-care.

## I. INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca IC, es una enfermedad del sistema cardiovascular, que impacta a más de 64 millones de individuos a nivel global. En naciones industrializadas, alrededor del 1-4% de la población padecen IC y este porcentaje se eleva al 12% en personas mayores de 65 años. (Rodríguez et al, 2004) generando un costo sanitario alto. Si bien la incidencia de la IC se ha estabilizado y parece estar disminuyendo en los países industrializados, la prevalencia está aumentando debido a la mejora del tratamiento, la supervivencia de la cardiopatía isquémica y la disponibilidad de terapias efectivas basadas en evidencia que prolongan la vida de los pacientes en los países industrializados. La IC presenta características diferentes de acuerdo con la realidad de cada país, todavía no se cuenta con datos estadísticos en los países en desarrollo (Gianluigi, 2020).

En la actualidad, aproximadamente 5.7 millones de individuos en los Estados Unidos padecen de Insuficiencia cardíaca (IC). Sin embargo, las proyecciones sugieren que para el 2030 la cifra podría superar los 8 millones, reflejando un incremento del 46% en la prevalencia de esta enfermedad. Es importante destacar que la IC ocupa el primer lugar como motivo de hospitalizaciones en personas mayores de 65 años, contribuyendo con el 5% de todas las admisiones hospitalarias. Es una enfermedad que aumenta con la edad, tiene un pronóstico sombrío, con un aumento de la mortalidad, que se incrementa cada vez más con los ingresos, y que se sitúa al 50% a los 5 años de su diagnóstico. (Rodríguez-Artalejo, 2019)

Asimismo, en los últimos 20 años, la incidencia de IC aumentó en los pacientes de 50 años, debido a factores de riesgo como la obesidad, diabetes, cardiopatías congénitas, reumáticas, enfermedades cardiovasculares precoces, si este fenómeno se mantiene en el tiempo estaremos atravesando un problema importante de salud pública, porque tendremos enfermos en la población económicamente activa (Farrero, 2022).

En el Perú la IC tendría el mismo comportamiento, para la salud pública, como los países de Latinoamérica, no se cuenta con un registro nacional de investigaciones, es necesario hacer investigaciones sobre la enfermedad y sus repercusiones.

Se realizan innumerables ensayos clínicos a nivel mundial para mejorar los tratamientos farmacológicos en los pacientes con IC, en la actualidad se cuenta con cuatro fármacos que mejoran la supervivencia, reportado con evidencias. Es importante mencionar los programas de intervención de Enfermería en las unidades de falla cardiaca, donde priorizan el autocuidado. Y debe elaborar un plan de cuidado de acuerdo con la necesidad de cada paciente para mejorar resultados clínicos (Dinh (2019)

Según las guías de la sociedad Española de Cardiología las unidades de falla cardiaca son importantes, donde trabaja el equipo multidisciplinario para realizar el abordaje al paciente a través de la estandarización y estructura del tratamiento médico óptimo, y una intervención de enfermería en la educación continua estructurado y diseñado para cada paciente, permitiendo que el paciente tenga accesibilidad a los sistemas de salud.

La IC es un síndrome complejo, que al transcurrir del tiempo ha tenido múltiples definiciones de acuerdo con las diferentes sociedades científicas. En el año 2022 se publicó una definición de consenso que fue universal y se define como la presencia de síntomas y signos típicos, causados por una alteración estructural o funcional cardiaca, evidenciada por ecocardiograma y es acompañado de elevación de péptidos natriuréticos, evidencia de congestión pulmonar o sistémica (American Heart Association, 2022).

El autocuidado es el pilar fundamental de la gestión que procura que los pacientes se hagan responsables del cuidado de su salud y puedan identificar los síntomas que pueden ponerlos en riesgo, por lo cual es necesario reforzar el aprendizaje sobre su enfermedad que implica actividades diarias como, control de peso, adherencia al tratamiento médico, ejercicio físico y reconocer los signos de alarma, esto permite el empoderamiento del paciente para mejorar su calidad de vida. (Juárez,2019). El déficit de autocuidado se puede mejorar potenciando el rol educativo, utilizando estrategias de intervención de enfermería que logren la modificación de conducta en los pacientes (Boyde 2017).

En un servicio de Cardiología de un hospital del Callao según datos estadísticos del mismo, en el año 2018 se atendió a 318 pacientes con diagnóstico

de falla cardiaca, de los cuales 40 pacientes reingresaron por episodio de descompensación que equivale a una tasa de reingreso del 12,57% anual. (Pariona M, 2018)

En el 2019 el 30,8% de pacientes ingresan con diagnóstico de IC debido a una descompensación, por varias causas: falta de adherencia al tratamiento farmacológico, dieta inadecuada, no restricción de líquidos, falta de control de peso diario, no identifican los signos de alarma y no hay una atención medica oportuna, de acuerdo a (Casal,et al 2020).

La mayoría de estos paciente son adultos mayores y necesitan el apoyo del entorno familiar y/o un cuidador, pero en nuestra realidad existe barreras sociodemográficas, económicas, que condicionan que el paciente se queda solo en casa, no recibe la medicación completa por olvido, existe un desconocimiento de la enfermedad y no saben identificar los signos de alarma, finalmente los conduce a una hospitalización, generando un costo sanitario elevado, que puede ser prevenible y la posibilidad de dañar su salud y causar su muerte.(Muñoz,2018)

Ante esta situación es importante la intervención de la Enfermera en el autocuidado durante la hospitalización y el alta del paciente, a través de la educación planificada, estructurada, dirigida al logro de objetivos, que permitan el aprendizaje de los pacientes y la familia logrando el empoderamiento del paciente, y su contribución en su autocuidado (Sillas,2022)

Ante la problemática descrita se plantea la siguiente interrogante. ¿Cuál es el impacto de una experiencia educativa en el autocuidado de pacientes con insuficiencia cardiaca de un Hospital del Callao, 2023? Los P.E. son: ¿Cuál es el impacto de una experiencia educativa en el reconocimiento de signos de alarma, adherencia al tratamiento, alimentación, actividad física y control de peso de pacientes con insuficiencia cardiaca?

El estudio tiene una justificación teórica, porque la investigación permitirá conocer el aporte de la educación dirigida a promocionar el autocuidado realizado por el paciente en el control y cuidado de su patología, así como información sobre las experiencias educativas en salud, como medios de promoción de la salud en insuficiencia cardiaca.

Desde el punto de vista práctico, la investigación permitirá ensayar una estrategia educativa, como parte de la búsqueda del empoderamiento del paciente y su participación en su cuidado, permitiendo resolver la dependencia del paciente y la demanda de atención ante situaciones que no son emergencias médicas.

En relación con la justificación metodológica, los resultados podrán servir de base a otros estudios sobre la temática, como también el diseño de las sesiones de aprendizaje y didáctica usada para el proceso educativo, puede ser usado para generar otros programas o aplicar el mismo en la población objetivo.

En el objetivo general se pretende determinar el impacto de una experiencia educativa en autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca de un Hospital de del Callao 2023. Como objetivos específicos es Identificar el impacto de una experiencia educativa en el reconocimiento de signos de alarma, adherencia al tratamiento, alimentación, actividad física y control de peso de pacientes con insuficiencia cardiaca.

La hipótesis general plantea: existe diferencia en el nivel de autocuidado antes y después de una experiencia educativa en pacientes con insuficiencia cardiaca de un Hospital de del Callao 2023. Las hipótesis específicas plantean: el impacto de una experiencia educativa es positivo en el reconocimiento de signos de alarma, adherencia al tratamiento, dieta, actividad física y control de peso de pacientes con insuficiencia cardiaca.

## II. MARCO TEÓRICO

Como antecedentes Internacionales, podemos citar a Canon (2022) con el propósito de evaluar los resultados de intervenciones educativas y su impacto en la calidad y la mortalidad en individuos con insuficiencia cardiaca. Canon Concluyo que cualquier intervención educativa (IE) contribuye a la reducción de reingresos y la disminución del tiempo de estancia hospitalaria en pacientes con insuficiencia cardiaca en comparación con aquellos que no recibieron educación. Esta educación permitió realizar un seguimiento a los pacientes intervenidos, revelando una disminución significativa del 30% en los reingresos hospitalarios.

Mientras que Danet (2020) se propusieron examinar el impacto de la capacitación brindada por compañeros de la Escuela de Pacientes en la percepción de salud y en los hábitos de vida de personas que padecen enfermedades crónicas. Tras las sesiones educativas proporcionadas a los pacientes, se observó una ligera mejora en su bienestar. Como conclusión, se recomienda que este tipo de capacitación se oriente principalmente hacia mujeres y personas con un nivel educativo más bajo, con el propósito de promover su empoderamiento.

En la misma dirección Allida (2020) en su ensayo tiene como objetivo cuantificar y revisar los posibles impactos de la instrucción proporcionada a pacientes con insuficiencia cardiaca a través de aplicaciones móviles. En esta revisión se incluyeron 5 ensayos, donde participaron 971 pacientes, ellos recibían intervenciones educativas por aplicaciones móviles, llegando a la conclusión que no hay evidencia de la diferencia en brindar educación en base al conocimiento de la IC, autocuidado y calidad de vida en forma presencial y utilizando aplicativo móviles.

Vidan (2019), realizó un estudio donde evalúa las capacidades que tienen los pacientes con insuficiencia cardiaca para realizar tareas esenciales en casa para su autocuidado, donde se hizo un seguimiento por un año a 415 pacientes mayores de 70 años que salían del alta donde concluye que la mayoría de ellos no pueden realizar las tareas básicas necesarias para el autocuidado y ello conlleva a que el paciente se Re hospitalice y aumente la tasa de mortalidad. Finalmente, solo 22 pacientes lograron realizar todas las actividades básicas, como el peso diario,

control de la presión arterial, identificación de signos de alarma, dieta baja en sal, actividad física, alimentación saludable.

Despertó (2019) en su trabajo de Investigación tiene por objetivo evaluar el impacto de la educación del paciente con IC dirigidas por enfermeras sobre conductas de autocuidado, se realizó una muestra de 29 pacientes, se implementó un programa de educación para pacientes con pautas de colegios estadounidenses de cardiología, se encontró una diferencia significativa a los 30 días de enseñanza en el autocuidado ( $p < 0,0017$ ) por lo mismo los hallazgos sugieren desarrollar los programas de educación.

Achury (2020) se propuso determinar el impacto de un programa destinados a pacientes a pacientes expertos en falla cardiaca en sus conocimientos sobre el autocuidado, fue un estudio piloto descriptivo de corte transversal en una institución de cuarto nivel en España. La muestra consistió en 20 pacientes diagnosticados con falla cardiaca. Durante un periodo de 6 meses, se implementó el programa de paciente experto, evaluando los resultados en términos de conocimiento adquiridos. Se observó que más del 95% de los participantes experimentaron una mejora significativa en sus niveles de conocimiento, lo que contribuyó a un mejor autocuidado.

Aghamohammadi et al. (2019) se propuso examinar el impacto de un programa educativo de autocuidado en pacientes adultos con IC a través de un ensayo clínico que involucró a 90 pacientes distribuidos equitativamente en dos grupos de intervención y control, cada uno compuesto por 45 pacientes. Los programas de autocuidado comprendieron sesiones educativas con una duración de seis semanas, seguidas de un seguimiento de dos meses. Los resultados indicaron que los programas de autocuidado mejoraron diversas dimensiones de la salud contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida en pacientes con IC.

Tarapúes (2018) en su ensayo clínico en un hospital de Ecuador con el propósito de examinar la conducta de autocuidado en pacientes con IC. Se encuestó a 69 pacientes y los resultados revelaron que el 95.6% de ellos cumplen con la toma de medicamentos, el 72.4% sigue una dieta baja en sal y el 62% practica el reposo durante el día. Al analizar la búsqueda de atención médica, se

observó que el 75.3% de los pacientes respondieron al aumento brusco de peso, el 53.6% a la presencia de edemas en las piernas, el 44.9% a la vacunación contra la gripe y el 42% al ejercicio. Se concluye que el 75% de los pacientes no busca atención médica al presentar signos de congestión.

Betancur (2022) realiza un ensayo clínico en un hospital de Bogotá, empleando una muestra de 64 pacientes e implementando un protocolo de alta. Para evaluar el autocuidado se empleó la escala europea de autocuidado, que demostró una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,7. Antes de la aplicación del protocolo de alta, se concluyó que el 90.25% de los pacientes presentaban un nivel bajo de autocuidado. Tras la implementación del plan educativo, se logró una mejora significativa ( $p:0,000$ ) en el nivel de autocuidado. Como conclusión se destaca que el plan tuvo impactos positivos, facilitando que los usuarios desempeñen un papel activo en el cambio de comportamientos para mejorar su salud.

Binu Koirala (2020) Tiene la finalidad describir el autocuidado y los factores que influyen en él y su relación con la calidad de vida en pacientes que viven en Katmandu, Nepal. participaron 221 pacientes, concluyendo que los pacientes con educación superior, cuando había apoyo social, gestionaban mejor su autocuidado. Se identificó varios factores sociodemográficos y clínicos relacionados con el autocuidado (edad, sexo, educación, origen, étnico, autoeficacia) y comorbilidades, que debemos tener en cuenta para desarrollar las intervenciones educativas.

Xi Cao (2021) determina la diferencia de género en los correlatos de autocuidado en pacientes chinos. Un estudio transversal con 127 pacientes con insuficiencia cardíaca en 2 hospitales. Concluyendo que había diferencia de género, el conocimiento y el apoyo social juega un papel importante en la determinación del autocuidado en los pacientes masculinos, en cambio en las mujeres se determinó el conocimiento que puede ser modificables. Los correlatos de autocuidado diferían entre dos géneros en pacientes chinos con IC. Estos factores específicos de género deben tenerse en cuenta al planificar una intervención de autocuidado.

En la actualidad se buscó artículos relacionados al tema a nivel nacional, sin obtener resultado, por lo tanto, el presente trabajo de investigación se

desarrollará utilizando la literatura extranjera, siendo de vital interés el tema en nuestro país, debido que todavía no contamos con unidades de Insuficiencia Cardíaca implementadas en Perú.

**La Insuficiencia cardíaca**, se presenta como un síndrome clínico que se caracteriza por la manifestación de síntomas comunes, como falta de aire, edemas en los tobillos y fatiga, los cuales pueden ir acompañados de signos visibles como ingurgitación yugular, crepitantes pulmonares y edema periférico, este síndrome surge debido a una anomalía estructural funcional del corazón, lo que resulta en una disminución del gasto cardíaco y/o aumento de las presiones intracavitarias, tanto en reposo como durante la actividad física, según la definición de la Sociedad Europea de Cardiología (2016).

**Tabla 1***Clasificación de la insuficiencia cardíaca.*

<b>Clasificación de la IC en base a la fracción de eyección del ventrículo izquierdo</b>		
ACC/AHA	IC con FEVlr	≤40%
	IC con FEVlp	≥50%
	a) ICFEP borderline	41-49%
	b) ICFEP mejorada	>40%
ESC	IC con FEVlr	<40%
	IC con fracción de eyección intermedia	40-50%
	IC con FEVlp	≥50%
<b>Clasificación de la IC en base a la progresión de la enfermedad</b>		
ACC/AHA	A	Paciente en riesgo de desarrollar IC en el futuro, pero sin alteración cardíaca funcional o estructural.
	B	Alteración estructural cardíaca que todavía no ha desarrollado síntomas.
	C	Síntomas previos o actuales de insuficiencia cardíaca en el contexto de una alteración cardíaca estructural que se pueden tratar médicamente.
	D	Enfermedad avanzada que requiere tratamiento hospitalario, trasplante cardíaco o tratamiento paliativo.
<b>Clasificación de la IC en base a la capacidad de esfuerzo</b>		
NYHA	I	Sin limitaciones en la actividad física
	II	Limitación leve a esfuerzos moderado
	III	Limitación importante a esfuerzos leves, sin síntomas en reposo. III a. La actividad habitual causa fatiga, disnea, palpitaciones III b. Mínima actividad causa fatiga, disnea, palpitaciones
	IV	Incapacidad para cualquier actividad física. Disnea de reposo.
<b>Clasificación de la IC en base al estado clínico para IC avanzada</b>		
INTERMA CS	1	Choque cardiogénico en estado crítico. Hipotensión refractaria a inotrópicos endovenosos
	2	Empeoramiento progresivo pese a inotrópicos endovenosos
	3	Presión arterial y normal funcionamiento de órganos diana, pero dependiente de inotrópicos endovenosos, sin capacidad de destete.
	4	Síntomas en reposo o ante mínimo esfuerzo pese a tratamiento médico ambulatorio por vía oral, requerimiento de altas dosis de diuréticos.
	5	Intolerante al ejercicio. Sin síntomas en reposo o mínimo esfuerzo, pero incapaz de hacer mayor actividad física.
	6	Limitación al esfuerzo. Se presenta fatiga tras los primeros minutos de cualquier actividad física.
	7	Clase funcional III avanzada, puede realizar esfuerzos leves - moderados

Fuente: Universidad de Barcelona Farrero (2022)

Los síntomas de la IC son: disnea o sensación de dificultad respiratoria.

La ortopnea es la disnea que aparece cuando el paciente está acostado y

desaparece al incorporarse. Para el diagnóstico es necesario disponer las exploraciones complementarias como análisis de laboratorio, péptidos natriuréticos, electrocardiograma, radiografía de tórax, ecocardiograma y ecografía pulmonar. El tratamiento farmacológico según la evidencia científica en los pacientes con IC y fracción de eyección reducida obliga que deben recibir los fármacos que han demostrado mejorar su pronóstico, disminuir la mortalidad, las hospitalizaciones y mejorar su calidad de vida. Debemos optimizar el tratamiento hasta las dosis máximas toleradas.

Los 4 pilares del tratamiento de la IC con FE reducida son betabloqueantes, IECAs ARNIs, AMR y SGLT2

**La Experiencia educativa**, es el proceso de enseñanza-aprendizaje, donde el paciente con IC desarrollará habilidades potenciará sus conocimientos para mejorar su autocuidado. Existe evidencia sobre la importancia de las intervenciones educativas que son impartidas por las enfermeras que tienen que ser programadas y estandarizadas en forma secuencial que contenga todos los parámetros del cuidado en un paciente con IC para lograr beneficios a los pacientes (Jimenez,2013).

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el **autocuidado** se refiere a la habilidad de individuos, familias y comunidades para fomentar su bienestar, prevenir enfermedades, preservar la salud y afrontar condiciones de enfermedad y discapacidad de manera autónoma, prescindiendo de la asistencia de profesionales de la salud.

**Autocuidado** en la Insuficiencia cardiaca es esencial porque implica enseñar a los pacientes a reconocer signos y síntomas que indican una descompensación. La enfermera tiene una responsabilidad de fomentar el autocuidado en todos los aspectos, con el objetivo de proporcionar información educativa relacionada con la enfermedad, adherencia al tratamiento, la adopción de estilos de vida saludable y fortalecer la capacidad de comprender, aplicar e intervenir en las conductas de autocuidado. Según la perspectiva de Orem, el autocuidado se define como la realización de actividades que las personas inician y llevan a cabo para preservar su salud y bienestar. De acuerdo con la investigación de Ávila da Costa (2018), estos programas se centran principalmente en un proceso

continuo de concientización sobre la enfermedad basado en prácticas educativas enfocadas en el conocimiento, el aprendizaje, todo ello diseñado según protocolos establecidos.

**Las dimensiones** del autocuidado fueron establecidas a partir de la guía del Hospital de la Mar en Valencia (2016), y estas fueron organizadas en las siguientes acciones: **reconocimiento de signos de alarma**, aumento de peso brusco más de 1kg por día edemas de miembros inferiores, dificultad para respirar. **Adherencia al tratamiento**, Es uno de los componentes más importantes de autocuidado que el paciente debe aprender en relación a los medicamentos que son parte de su tratamiento y tiene que ser sostenido en el tiempo y entender que debe ser muy disciplinado en su administración y conocer efectos adversos de los mismos, para ello se utiliza diferentes estrategias donde los profesionales de enfermería participan activamente a través de los programas de educación estructurados, realizando el seguimiento telefónico, utilizan mensajes por correo electrónico y wasap, está demostrado que el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, tienen un impacto en la reducción de reingresos hospitalarios por descompensación.

**Dieta**, según la American Heart Asociación refiere que una dieta adecuada y un estilo de vida saludable son pilares importantes para evitar las enfermedades cardiovasculares. La alimentación balanceada es una herramienta fundamental para evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares como la diabetes, los accidentes cerebrovasculares y la obesidad que aumentan en forma indiscriminada a nivel mundial. Según Lucero, et al (2021) Refiere que los pacientes que presentan IC avanzada sufren complicaciones y esto se debe al agotamiento de reservas que tiene y esto le genera debilidad e incapacidad para mantener una ingesta adecuada. El tratamiento nutricional está enfocado en un plan dietético para cada paciente. Asimismo, es importante mencionar que el concepto de estilos de vida saludable es muy amplio, en IC se debe aplicar en toda su dimensión, teniendo en cuenta que los buenos hábitos se deben iniciar a temprana edad y debe ser sostenido en el tiempo como una cultura de vida.

**La actividad física** es trascendental para los pacientes que padecen esta enfermedad, es segura y mejora el pronóstico, calidad de vida. Es necesario mencionar que deben realizarse una prueba de esfuerzo para determinar qué tipo de actividad física realizará en la unidad de rehabilitación cardiaca. Los pacientes que realizan esta actividad logran mayor flexibilidad, resistencia, fuerza, mejora la función cardiorrespiratoria, tolerancia al ejercicio, reduce la fatiga y mejora su bienestar psicosocial. Por ello la sociedad Europea de Cardiología recomienda que los pacientes con IC realicen actividad física de acuerdo con la indicación del médico tratante.

**Control de peso.** En relación con el control de peso diario el paciente lo debe realizar en las mañanas en ayunas. Con la finalidad de evaluar el cambio brusco de aumento de peso si sube más de 2 kilos en tres días estaríamos frente a una congestión, si no actuamos con el tratamiento de terapia flexible de diuréticos, es probable que reingrese al Hospital.

El estudio se llevará a cabo bajo la teoría de Dorotea Orem (20017), **del autocuidado** que expone la relación que existe entre la capacidad de una persona y sus necesidades de autocuidado. Esta teoría permite a la Enfermera utilizar una herramienta para una intervención de calidad en diferentes situaciones que se presentan en el binomio salud-enfermedad y para las personas sanas que cambian sus conductas de riesgo en relación con su salud.

Esta teoría explica como las personas pueden participar activamente en su propio cuidado, la teoría se centra en la capacidad que tiene las personas para realizar actividades de autocuidado con el objetivo de mantener la salud y prevenir la enfermedad. Los conceptos claves de la teoría de Orem es **Autocuidado**, que se define como las acciones que realizan las personas para mantener su salud, prevenir enfermedades y cuidarse a sí mismas, con acciones como la alimentación adecuada, el descanso, el ejercicio y otras prácticas de salud.

**Déficit de autocuidado**, es cuando las personas no pueden realizar las actividades para mantener su salud, en relación con la IC, no toman su tratamiento, no siguen una dieta baja en sal o no controlan su peso, por lo mismo no pueden manejar su condición. **Sistemas de apoyo**, Orem refiere que las personas pueden

recibir apoyo de los sistemas sociales, la familia y la comunidad y **los agentes de autocuidado**, en este contexto incluyen a los pacientes que se cuidan así mismo como aquellos que pueden ayudar con el cuidado, puede ser familiares o cuidadores.

La teoría de Orem ha sido muy influyente en la práctica de enfermería, proporciona un marco conceptual para comprender y abordar necesidades de autocuidado de las personas, tanto en situaciones de salud o de enfermedad y en relación con la insuficiencia cardiaca ayuda a los profesionales de salud a comprender como los pacientes con sus conocimientos pueden empoderarse para participar activamente en su propio cuidado y como se puede abordar los posibles déficits de autocuidado.

### III.- METODOLOGÍA

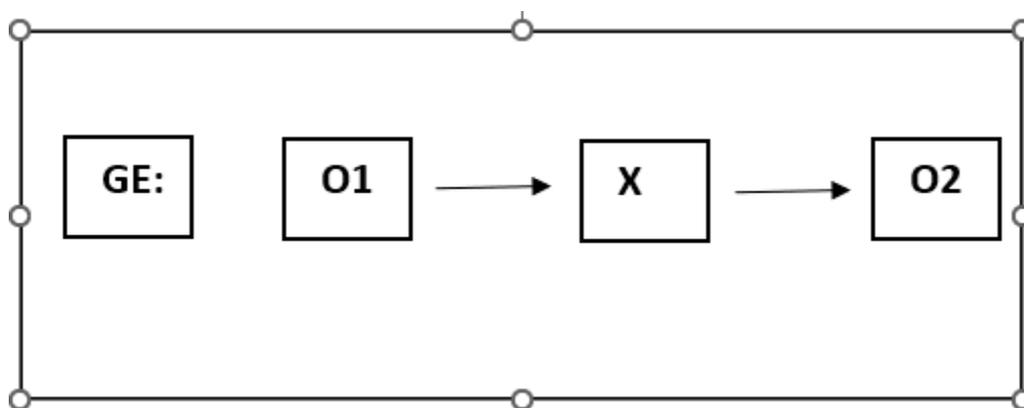
#### 3.1 Tipo y diseño de Investigación

El estudio adopta un enfoque cuantitativo, centrándose en la recopilación de datos utilizando herramientas estandarizadas. Este enfoque permite poner a prueba hipótesis y evaluarlas numéricamente mediante métodos estadísticos, con el objetivo de identificar patrones de comportamiento, siguiendo la metodología propuesta por Sampieri et al. (2013). El propósito de esta investigación fue de índole aplicada, con el fin de buscar una solución, siguiendo el enfoque planteado por Arias (2020).

El diseño de la investigación fue de tipo experimental, pre experimental y longitudinal, ya que implica abordar repetidamente la unidad muestral y, al final del estudio, evaluar la relación causa-efecto. Este enfoque metodológico se basó en la propuesta de Hernández et al. (2003).

#### Figura1

*Diseño del estudio*



Donde:

GE: Grupo de estudio.

O1: Es el valor que obtuvo la variable dependiente en el cuestionario de escala de autocuidado aplicado a los pacientes por primera vez.

X: Intervención de Enfermería con las sesiones educativas.

O2: Es el valor final de la encuesta aplicada después de la intervención.

### 3.2 Variables y operacionalización

**Experiencia educativa** es el proceso de enseñanza-aprendizaje, donde el paciente con IC desarrollará habilidades potenciará sus conocimientos para mejorar su autocuidado. Existe evidencia sobre la importancia de las intervenciones educativas que son impartidas por las enfermeras que tienen que ser programadas y estandarizadas en forma secuencial que contenga todos los parámetros del cuidado en un paciente con IC para lograr beneficios a los pacientes y cuidadores, evitando hospitalizaciones favoreciendo una mejor calidad de vida (ver anexo 2)

**La definición operacional de la experiencia educativa** en insuficiencia cardiaca se define como un programa estructurado y planificado que tiene como objetivo proporcionar a los pacientes y sus cuidadores la información necesaria y habilidades prácticas para comprender y manejar su condición y mejorar su calidad de vida. Se llevará a cabo mediante 5 sesiones educativas, con una duración de una hora en un periodo alternado de tres meses los temas a tratar son conceptos de la IC, fisiología del corazón, identificar signos de alarma (disnea, edema de tobillos, aumento brusco de peso), adherencia de tratamiento (toma la medicación) medidas de autocuidado (control de peso, control de funciones vitales, registrar cantidad de ingesta de líquidos,) y actividad física, se llevará a cabo en forma individual y grupal. Incluye demostraciones prácticas y material educativo que se proporciona a los pacientes (ver anexo1)

**El Autocuidado** es un proceso natural donde uno toma decisiones adecuadas para conservar la salud, elección de conductas que mantiene la estabilidad, con prácticas positivas de autoaprendizaje que incluye gestión del autocuidado (Riegel et al., 2008)

**La definición operacional**, se realizará a través de un cuestionario de 12 ítems, con 2 dimensiones: medida de autocuidado (adherencia al tratamiento, dieta, actividad física y control de peso) búsqueda de atención de salud (reconocimiento de signos de alarma), se aplicará una escala de Likert de 1 totalmente de acuerdo (siempre) y 5 muy desacuerdo (Nunca) (ver anexo 2)

### **3.3. Población y muestra**

La población estuvo conformada por usuarios con diagnóstico de IC 220 que acuden a la unidad de insuficiencia cardiaca de un Hospital del Callao, durante el mes de junio, julio y agosto del 2023, que ascienden a 220 usuarios.

**Los criterios de inclusión** fueron: Pacientes nuevos en el servicio, mayores de 18 años que tengan diagnóstico de insuficiencia cardiaca que ingresen a la unidad de falla cardiaca. Pacientes que han sufrido una descompensación por insuficiencia cardiaca que tengan entre 18 años hasta 85 años, que puede ser con fracción de eyección preservada, levemente reducida o fracción reducida. Y pacientes que acepten participar en la investigación.

**Criterios de exclusión**, fueron considerados Pacientes con trastornos cognitivos o enfermedades psiquiátricas que interfieran en los niveles de autocuidado, pacientes mayores de 75 años que no tengan cuidador y pacientes postrados.

**La muestra** fue probabilística calculada con fórmula para poblaciones finitas mediante la calculadora Quistión-pro, quedando determinada por 141 pacientes (ver anexo 4)

El muestreo fue probabilístico aleatorio simple, a partir de la elección al azar de todos los pacientes que completen los cuestionarios y cumplan con los criterios de inclusión y exclusión quedando finalmente representada por 40 pacientes.

### **3.4. Técnica e Instrumento de recolección**

La técnica fue la encuesta y el instrumento es el cuestionario. El instrumento que se va a utilizar es el diseñado por Jaarsma (2003), posterior a analizar los diferentes modelos propuestos por la literatura y cuya ficha técnica se presenta a continuación.

**Tabla 2***Ficha técnica del Instrumento*

---

Nombre del instrumento:	Escala Europea de autocuidado
Autor y Año:	Jaarsma et al. (2003)
Universo de estudio:	Pacientes con Diagnostico de Insuficiencia Cardíaca de un Hospital del Callao.
Nivel de confianza:	95%
Margen de error:	5%
Tamaño muestral:	141 pacientes
Tipo de técnica:	Encuesta
Tipo de instrumento:	Cuestionario
Fecha trabajo de campo:	Octubre del 2023
Escala	Ordinal
Tiempo utilizado:	15 minutos aproximadamente

---

**La Validez del instrumento** se realizó mediante juicio de expertos (3), quienes evaluaron la pertinencia, claridad y relevancia de los diferentes ítems que deben reflejar al concepto que se pretende medir, estos jurados deben otorgarle la categoría de aplicable para que el instrumento este conforme (ver anexo 5)

**En cuanto a la fiabilidad** fue calculada a fin de indagar si el instrumento es aplicado en repetidas veces, debe generar similares resultados, esto se realizó mediante una prueba piloto a 20 unidades muestrales, utilizado posterior el alfa de Conbrach (ver anexo 6)

### 3.5 Procedimientos

Etapas	Características
Etapa 1	Se solicitó autorización al hospital para emplear la base de datos que corresponde a los tres meses, en relación con la temática de investigación.
Etapa 2	Se lleva a cabo el cálculo de la población y se asocia la muestra a ser investigada.
Etapa 3	Se procede con la aplicación del consentimiento informado explicando los principios de confidencialidad y ética de la información involucrados en la investigación. Los lineamientos de confidencialidad y ética en la investigación a realizar
Etapa 4	Se efectúa el cuestionario a los pacientes de IC que acepten participar
Etapa 5	Se ejecuta la intervención de Enfermería mediante las sesiones educativas, con una duración de una hora, programada tres veces por semana, sumando 12 sesiones al mes
Etapa 6	Se aplica el cuestionario a los pacientes con IC que aceptaron participar antes y después de haber recibido las sesiones educativas
Etapa 7	Se lleva a cabo la recopilación de datos, eliminando posibles cuestionarios incompletos o con respuestas vacías.
Etapa 8	Finalmente, se obtiene la base de datos necesarios para el análisis

### 3.6 Método de análisis de datos

Los datos utilizados fueron elaborados en el programa de office; Excel, posteriormente sometida a análisis mediante el software estadístico SPSS. En su evaluación se utilizó medidas de tendencia central.

Para el análisis inferencial se utilizó la prueba de normalidad y dependiendo de sus resultados se utilizará estadística paramétrica o no paramétrica, generando valores que nos permitan aceptar o rechazar las hipótesis planteadas.

### 3.7 Consideraciones éticas

Este estudio realizó la respectiva consideración ética, tanto en el tratamiento de la información a través del respeto a la propiedad intelectual, como

también en el respeto a los participantes a quienes se les brindo la confidencialidad adecuada y la indagación si deseaban participar en el estudio, mediante el consentimiento informado, igualmente se tubo respeto por las instituciones al no incluir sus nombres en el estudio.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 Descriptivos

**Tabla 3**

*Datos sociodemográficos*

Datos generales		Cantidad	Porcentaje
Edad	18-29	3	6%
	30-64	20	40%
	65 a mas	27	54%
Genero	Femenino	17	34%
	Masculino	33	66%
Factor de riesgo	Hipertensión arterial	25	50%
	Diabetes mellitus	12	24%
	Otros	13	26%

En la tabla 3 se puede verificar el número de atenciones en relación con la edad 65 años a más 54%, de 30 a 64 años 40% y 18 a 29 años 6%. En relación con el género masculino 66% y al femenino 34%. En relación al factor de riesgo la hipertensión arterial 50%, diabetes mellitus 24% y otras comorbilidades el 26%.

**Tabla 4**

*Autocuidado Pre-test y Post-test Variable*

Categorías	Pre-test autocuidado		Post-test autocuidado		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Bajo	3	6.0%	0	0.0%
	Medio	45	90%	0	0.0%
	Alto	2	4.0%	50	100%
Total	50	100%	50	100%	

En la Tabla 4 se evidencia que, en el Pre-test, los pacientes tenían autocuidado medio en 90%, bajo en 6% y alto en 4%, en Post-test se observa que el total de pacientes 100% tienen autocuidado alto.

**Tabla 5***Dimensión. Medidas de autocuidado Pre-test y Post-test*

		Pre-test medidas		Post-test medidas	
		Frecuenci	Porcentaj	Frecuencia	Porcentaje
		a	e		
Válido	Bajo	10	20,0%	0	0.0%
	Medio	36	72.0%	1	2%
	Alto	4	8. %	49	98%
	Total	50	100,0%	50	100

En la Tabla 5 se evidencia en el Pre-test, los pacientes tenían autocuidado medio en 72%, bajo el 20% y alto el 8%. En relación con el Post-test se muestra que el 98% tienen un autocuidado alto y el 2% medio.

**Tabla 6***Dimensión Búsqueda de atención de salud. Pre-test y Post-test*

		Pretest búsqueda		Postest Búsqueda	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	16	32.0%	0	0,0%
	Medio	27	54.0%	4	8,0%
	Alto	7	14,0%	46	92,0%
	Total	50	100%	50	100%

En la Tabla 6, se evidencia que en el Pre-test el 54% buscan atención de salud media, el 32% de pacientes buscan atención de salud bajo y el 14% buscan atención de salud alto. En el Post-test se observa que el 92% de los pacientes buscan atención de salud alto y el 8% de los pacientes buscan atención de salud media

## 4.2 Prueba de hipótesis

**H1:** existe diferencia en el autocuidado antes y después de una experiencia educativa en pacientes con insuficiencia cardiaca

**H0:** No existe diferencia en el autocuidado antes y después de una experiencia educativa en pacientes con insuficiencia cardiaca

### Regla de decisión

Si *p*-valor es <0.005 rechazo H0

Si *p*-valor es >0.005 acepto H0

### Tabla 7

*Prueba de Wilcoxon para el Pre-test y Post-test en autocuidado*

	APOST - APRE
Z	-6,095 <sup>b</sup>
Sig. asintótica(bilateral)	<,001

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

### Tabla 8

*Tamaño del efecto del autocuidado Pre-test y Post-test*

Tamaño de efecto (TE)	Valor	Interpretación
$g_{Hedges}$	.836 (> .80)	TE grande
$g_{ajust}$	.818 (> .80)	TE grande

En la tabla 7 y 8 se evidencia que existe diferencia significativa entre el autocuidado antes y después de una experiencia educativa (*p*-valor 0.001<0.05), con un tamaño del efecto grande ( $G_{Hedges}=0.836$ ), es decir el 83.6% del autocuidado de los pacientes Post-test se debe a la experiencia educativa, por lo tanto, rechazamos la H0 y aceptamos H1

### Hipótesis específica uno

**H1:** El impacto de una experiencia educativa es positivo en las medidas de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca

**H0:** El impacto de una experiencia educativa No es positivo en las medidas de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca

### Regla de decisión

Si *p*-valor es <0.005 rechazo H0

Si *p*-valor es >0.005 acepto H0

**Tabla 9**

*Prueba de Wilcoxon para el Pre-test y Post-test en autocuidado*

	MAPOST - MAPRE
Z	-6,096 <sup>b</sup>
Sig. asintótica(bilateral)	<,001

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

**Tabla 10**

*Tamaño del efecto del autocuidado Pre-test y Post-test*

Tamaño de efecto (TE)	Valor	Interpretación
$g_{Hedges}$	.784(> .80)	TE mediano
$g_{ajust}$	.723 (> .80)	TE mediano

En la tabla 9 y 10 se evidencia que existe diferencia significativa entre el autocuidado antes y después de una experiencia educativa (*p*-valor 0.001<0.05), con un tamaño del efecto mediano ( $G_{Hedges}=0.784$ ), es decir el 78.4% del autocuidado de los pacientes Post-test se debe a la experiencia educativa en las medidas de autocuidado, por lo tanto, rechazamos la H0 y aceptamos H1

## Hipótesis específica dos

**H1:** El impacto de una experiencia educativa es positivo en la búsqueda de atención de salud en pacientes con insuficiencia cardiaca

**H0:** El impacto de una experiencia educativa No es positivo en la búsqueda de atención de salud en pacientes con insuficiencia cardiaca

## Regla de decisión

Si *p-valor* es  $<0.005$  rechazo H0

Si *p-valor* es  $>0.005$  acepto H0

**Tabla 11**

*Estadísticos de prueba*

BAPOS - BAPRE	
Z	-6,042 <sup>b</sup>
Sig. asintótica(bilateral)	<,001

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

**Tabla 12**

*Tamaño del efecto*

Tamaño de efecto (TE)	Valor	Interpretación
$g_{Hedges}$	.691 (> .80)	TE mediano
$g_{ajust}$	.633 (> .80)	TE mediano

En la tabla 11 y 12 se evidencia que existe diferencia significativa entre el autocuidado antes y después de una experiencia educativa ( $p$ -valor  $0.001 < 0.05$ ), con un tamaño del efecto mediano ( $G_{Hedges} = 0.691$ ), es decir el 69.1% del autocuidado de los pacientes Post-test se debe a la experiencia educativa en la búsqueda de atención de salud, por lo tanto, rechazamos la H0 y aceptamos H1

## V. DISCUSIÓN.

La presente investigación se centra en evaluar el impacto de una experiencia educativa de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca de un hospital del Callao.2023.

Es necesario mencionar las características demográficas y comorbilidades de los pacientes en estudio, en relación con las atenciones en función de la edad, los pacientes que tienen 65 años a más representa un 54% comprobando que la insuficiencia cardiaca afecta en mayor proporción a la población anciana. Asimismo, la edad de 30 a 64 años representa un 40% y el 6% representa a la edad de 18 a 29 años. Cabe mencionar que la edad es un factor determinante en la enfermedad.

En relación con el género el 66% de atenciones representa a pacientes masculinos y el 34% a las mujeres, existe diferencia en la prevalencia de la enfermedad. Mencionamos a los factores de riesgo y destacamos a la hipertensión arterial como el factor de riesgo más prevalente que abarca el 50% y la diabetes mellitus representa un 24% de atenciones. Y el 26% representa otras comorbilidades como arritmias.

Se plantea como hipótesis general si existe diferencia en el autocuidado antes y después de una experiencia educativa en pacientes con insuficiencia cardiaca. Los resultados de la prueba de Wilcoxon mostraron un p-valor de  $0.001 < 0.05$  y tamaño del efecto grande ( $G \text{ Hedges} = 0.836$ ) afirmando que el 83.6% del autocuidado de los pacientes Post-test se atribuye a la experiencia educativa, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula  $H_0$ . El resultado concuerda con el de Despertó et al. (2019) quien respalda nuestro hallazgo porque demuestra una diferencia significativa en el autocuidado después de una intervención educativa. Sin embargo, su muestra es pequeña y nuestro estudio se realizó en un contexto diferente.

Asimismo, con Geum et al. (2023) quien evalúa los efectos de la educación al alta utilizando el método de enseñanza sobre el autocuidado en Corea del Sur concluyendo que el grupo intervenido mostraron una mejora significativa en el mantenimiento del autocuidado, que favorece su calidad de vida. Las similitudes presentes en este estudio indican que los programas educativos ejercen una

influencia positiva en el conocimiento, promoviendo la autogestión de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. En consonancia, Achury (2020) sostiene en su investigación sobre el programa de paciente experto en falla cardíaca que más del 95% de los pacientes experimentaron una mejora significativa en su nivel de conocimientos, lo que contribuye a un mejor autocuidado. En este contexto, se destaca que los programas educativos desempeñan un papel crucial al fomentar el desarrollo de habilidades y la autoconfianza en los individuos.

Allida et al. (2020) y Vidan et al. (2019) por su parte destacan la importancia de la educación, qué puede ser por aplicaciones móviles o seguimiento a largo plazo. Nuestro estudio refuerza la relevancia de las intervenciones educativas, evidenciando una mejora significativa en el autocuidado. Los resultados obtenidos en este estudio respaldan la teoría de que las experiencias educativas tienen un impacto positivo en el autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca. La consistencia con varios estudios internacionales sugiere la validez y aplicabilidad de nuestra intervención educativa.

La experiencia educativa es crucial en pacientes crónicos, porque permite hacerlos partícipes y responsables de su cuidado, evitando conductas riesgosas y la capacidad de reconocer síntomas que para esta población principalmente es sinónimo de vida, pues permite la pronta búsqueda de atención en salud y es importante esta experiencia para los pacientes.

Como limitación del estudio se considera la falta de una línea institucional que permita que los procesos educativos sean parte de la atención de los pacientes, por lo cual abordarlos y convocarlos fue demasiado complicado, necesitando algunas experiencias en pequeños grupos. Una línea de investigación necesaria es de seguimiento y de comparación en la disminución de complicaciones y búsqueda de atención oportuna de los pacientes participantes de experiencias educativas, para establecer a nivel institución su utilidad y la conformación de un área que se encargue de este proceso.

Respecto a la hipótesis 1 El impacto de una experiencia educativa es positivo en las medidas de autocuidado en un paciente con insuficiencia cardíaca. Las

estimaciones de la prueba de Wilcoxon, ( $p$ -valor de  $0.001 < 0.05$ ), con un tamaño del efecto mediano ( $GHedges=0.784$ ). esto indica que el 78.4% del autocuidado Post-test atribuye en las medidas de autocuidado, de los pacientes con IC que concierne a que el paciente aprenda a realizar el control del peso diario, dieta bajo en sal, adherencia al tratamiento, actividad física, restricción de líquidos, que permiten mejora en su salud. Estos resultados lo corroboran Betancur et al (2022) donde afirma que el 90.2% tenían un nivel bajo de autocuidado, luego de aplicar el plan educativo tuvo efectos positivos porque los pacientes adoptaron un papel activo en la modificación de comportamientos, para potenciar su bienestar. Este Hallazgo concuerda con los resultados obtenidos en este estudio, ya que ambas variables están correlacionadas.

Existe evidencia sobre las intervenciones educativas programadas en forma secuencial que contenga todas las medidas de autocuidado en falla cardiaca que son impartidas por las enfermeras a los pacientes para el cambio de actitudes que favorezcan su bienestar. (Jimenez,2013).

Los protocolos y guías para la atención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardiaca son herramientas esenciales para garantizar una atención de calidad y basada en evidencias. Estos protocolos proporcionan pautas y procedimientos específicos que ayudan a los profesionales de enfermería a abordar las necesidades de los pacientes con esta condición. Es importante señalar que los protocolos pueden variar según las políticas y prácticas específicas de cada institución de salud. A continuación, describo algunos componentes comunes de los protocolos de enfermería que realizo en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca.

Al admitir al paciente realizamos una evaluación completa del paciente, incluyendo su historia clínica, síntomas, factores de riesgo, se identifica los recursos disponibles y el nivel de educación del paciente y su cuidador, luego se procede a desarrollar un plan educativo personalizado que se adopte a las necesidades del paciente, y se entrega una información clara precisa y se utiliza herramientas visuales como gráficos o modelos para facilitar su comprensión.

La enfermera educa sobre medidas de autocuidado al paciente y familia, utilizando estrategias de autocuidado y realiza demostraciones prácticas para asegurarse que los pacientes y cuidadores comprendan y puedan hacer la tarea.

Luego se fomenta la participación del paciente en su cuidado, esto incluye hacer preguntas, expresar dudas y establecer metas reales para el manejo de su enfermedad. Finalmente se realiza seguimiento para ajustar las intervenciones según sea necesario en función de los cambios en la condición del paciente.

Respecto a la Hipótesis 2. El impacto de una experiencia educativa es positivo en la búsqueda de atención de salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. Los resultados de la prueba de Wilcoxon ( $p$ -valor  $0.001 < 0.05$ ), con un tamaño del efecto mediano ( $GHedges=0.691$ ), es decir el 69.1% del autocuidado de los pacientes Post-test se debe a la experiencia educativa en la búsqueda de atención de salud, por lo tanto, rechazamos la  $H_0$  y aceptamos  $H_1$ .

Los resultados obtenidos indican que la experiencia educativa de autocuidado tuvo un impacto significativo en la búsqueda de atención de salud, evidenciando que el paciente aprendió a identificar los signos de alarma como edemas, disnea, aumento de peso brusco, fatiga cansancio previo a una descompensación, por lo mismo buscan ser atendidos a la brevedad.

Asimismo, Binu Koirala et al. (2020) en su estudio realizado en Katmandú Nepal refiere los factores sociodemográficos influyen en la búsqueda de atención de salud y calidad de vida, entre esos factores tenemos, edad, sexo, educación, origen y comorbilidades que debemos tener en cuenta para desarrollar las intervenciones educativas. Asimismo, en nuestra realidad tenemos diferentes barreras como económicos, social que dificultan el acceso a los servicios de salud.

Contrario al resultado tenemos el estudio de Tarapues et al (2018) revela que el 75% de los pacientes no buscan atención de salud, cuando se presentan signos de congestión, que finalmente los conduce a una hospitalización. Nuestros resultados sugieren una mejora en este aspecto después de la experiencia positiva, lo que puede tener un impacto positivo significativo en la salud del paciente.

## **VI. CONCLUSIONES.**

**Primero** la experiencia educativa sobre autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca tuvo un impacto positivo ( $p$ -valor  $0.001 < 0.05$ ), con un tamaño del efecto grande ( $GHedges=0.836$ ), es decir el 83.6% del autocuidado de los pacientes Post-test se debe a la experiencia educativa.

**Segunda** la experiencia educativa sobre medidas de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca tuvo un impacto positivo ( $p$ -valor  $0.001 < 0.05$ ), con un tamaño del efecto mediano ( $GHedges=0.784$ ), es decir el 78.4% del autocuidado de los pacientes Post-test se debe a la experiencia educativa.

**Tercera** la experiencia educativa sobre búsqueda de atención en salud en pacientes con insuficiencia cardiaca tuvo un impacto positivo ( $p$ -valor  $0.001 < 0.05$ ), con un tamaño del efecto mediano ( $GHedges=0.691$ ), es decir el 69.1% del autocuidado de los pacientes Post-test se debe a la experiencia educativa.

## VII. RECOMENDACIONES.

**Primero** Fortalecer y mantener programas educativos continuos y específicos para pacientes con insuficiencia cardíaca. La evidencia sugiere que la experiencia educativa ha tenido un impacto significativo en el autocuidado, por lo que la continuidad de estos programas es fundamental para mantener y mejorar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas.

**Segundo** Personalizar los programas educativos según las áreas específicas de autocuidado que han mostrado mejoras significativas. Dado que se han identificado diferentes tamaños de efecto en medidas específicas de autocuidado, adaptar las intervenciones para abordar áreas específicas de necesidad puede optimizar los resultados.

**Tercero** La intervención educativa de autocuidado debe ser personalizado, considerando factores como edad, nivel educativo, barreras socioeconómicas y preferencias culturales, con el objetivo de mejorar la participación y la adherencia al programa.

**Cuarto** Dada la disponibilidad creciente de tecnologías de salud, se sugiere la integración de aplicaciones móviles, dispositivos de monitoreo remoto y plataformas en línea para facilitar el seguimiento continuo de los pacientes, proporcionar retroalimentación inmediata y fomentar la autogestión de la salud.

**Quinto** Se recomienda proporcionar formación continua al personal de salud en estrategias de educación, empoderamiento, incluyendo actualizaciones periódicas sobre las mejores prácticas y habilidades de motivación.

**Sexto** Realizar evaluaciones regulares del impacto de los programas de autocuidado, abarcando mediciones de resultados clínicos, calidad de vida, adherencia al tratamiento y costos asociados. La retroalimentación

obtenida puede guiar ajustes continuos y mejorar la calidad de atención a nuestros pacientes.

## VIII REFERENCIAS

- AChury, D. M., Restrepo, L., Munar, K., Rodriguez, I., Cely, M. C. et al (2019). Efecto de un programa de paciente experto en insuficiencia cardiaca: Effect of an expert patient program in heart failure. *Enfermería Global*, 19(1), 479–506. <https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.361801>
- Aghamohammadi, T., Khaleghipour, M., Shahboulaghi, F., Dalvandi, A., & Maddah, S. (2019). Effect of self-management program on health status of elderly patients with heart failure: a single-blind, randomized clinical trial. *Journal of Acute Disease*, 8(5), 179–184. <https://doi.org/10.4103/2221-6189.268405>
- Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, Á., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M. et al (2019). Heart disease and stroke statistics—2019 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 139(10). <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000659>
- Bennett, S. J., Huster, G. A., Baker, S. L., Milgrom, L. B., Kirchgassner, A., Birt, J., & Pressler, M. L. (1998). Characterization of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation. *American Journal of Critical Care*, 7(3), 168–174. <https://doi.org/10.4037/ajcc1998.7.3.168>
- Camargo Rojas, C. M., Cordoba Rojas, D. N., & Guio Reyes, A. M. (2013). La entrevista motivacional como intervencion de enfermeria para promover el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca en una institucion de cuarto nivel en Bogota, Colombia. *Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 15(1), 31-. <https://link.gale.com/apps/doc/A451229119/IFME?u=univcv&sid=bookmark-IFME&xid=f5f3a567>

- Chin, M. H., & Goldman, L. (1997). Correlates of early hospital readmission or death in patients with congestive heart failure. *American Journal of Cardiology*, 79(12), 1640–1644. [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(97\)00214-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(97)00214-2)
- Dalfó-Pibernat, A., de Haro, N. E., Martí Aguasca, M. L. et al (2014). La importancia del autocuidado en la insuficiencia cardiaca. *Enfermería clínica*, 24(4), 265–266. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.04.002>
- Díaz Pacheco, E. (2019). Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala que mide el índice de autocuidado en personas con falla cardíaca Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI v6.2). <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76235>
- Domingo, C., Aros, F., Otxandategi, A., Beistegui, I., Besga, A., & Latorre, P. M. (2019). Eficacia de un programa multidisciplinar de gestión de cuidados en pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca (ProMIC). *Atención primaria*, 51(3), 142–152. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.011>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto Researchers Describe Recent Advances in Nursing (Professional practice in the hospital context: nurses' view on the contributions of Dorothea Orem's conceptions). (2021). In *Health & Medicine Week* (pp. 2302-). NewsRX LLC. <https://link.gale.com/apps/doc/A659592887/AONE?u=univcv&sid=bookmark-AONE&xid=c018866b>
- Arredondo, E. (2010). Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca. *Avances En Enfermería*, 28(1), 21–30. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=53173784&lang=es&site=ehost-live>
- Formiga, F., Chivite, D., Manito, N., Casas, S., Llopis, F., & Pujol, R. (2007). Hospitalization due to acute heart failure. Role of the precipitating factors.

International Journal of Cardiology, 120(2), 237–241.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2006.10.004>

Gama, G. G. G., De Moura, C. P. L., Mendes, A. S., & Costa, F. B. D. S. (2020). Calidad de vida y autocuidado: concepciones de individuos con insuficiencia cardiaca. *Index de Enfermería*, 29(4), 205–209.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300004&lng=en&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300004&lng=en&tlng=en).

Garin, O., Soriano, N., Ribera, A., Ferrer, M., Pont, À., Alonso, J., & Permanyer, G. (2008). Validación de la versión española del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Revista española de cardiología*, 61(3), 251–259.  
<https://doi.org/10.1157/13116652>

García Pinilla, J. M., Díez-Villanueva, P., Bover Freire, R., Formiga, F., Cobo Marcos, M. et al (2020). Documento de consenso y recomendaciones sobre cuidados paliativos en insuficiencia cardiaca de las Secciones de Insuficiencia Cardiaca y Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología. *Revista española de cardiología*, 73(1), 69–77.  
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.06.024>

Gina González. (2016). Capítulo 4. Planificación de las clínicas de falla cardiaca, objetivos, infraestructura y personal. *Revista Colombiana de Cardiología* (Bogotá, Colombia: 1989), 20–24.  
<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.006>

González G., León J., Buitrago A., Carvajalino S., Abril D. et al (2017). Cuidado paliativo en falla cardiaca. *Revista Colombiana de Cardiología* (Bogotá, Colombia: 1989), 24, 286–296. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.10.04>

Gómez, E. (2016). Capítulo 2. Introducción, epidemiología de la falla cardiaca e historia de las clínicas de falla cardiaca en Colombia. *Revista colombiana de cardiología* (Bogotá, Colombia: 1989), 23(S1), 6–12.  
<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.004>

- Guerra Santana, A., Ragolta Mograve, K., Nieto Cala, L., García Zayas, O. L. & Pérez Vázquez, I. (2011). Modificación de conocimientos en cardiopatas sobre rehabilitación cardiovascular. *Medisan*, 15(8), 1135–1140. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011000800013&lng=en&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000800013&lng=en&tlng=en).
- Guerrero J. A., Romero G., Martínez M., Martínez R. A., & Rosas S. C. (2016). Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 24(2), 91-8. <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadellInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2016/vol24/no2/3.pdf>
- Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J. et al (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(17), e263–e421. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012>
- Herrera Herrera, J. L., & Flórez, M. L. (2019). Confiabilidad y validez de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con insuficiencia cardíaca. *Cultura de Los Cuidados*, 23(55), 243-. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.21>
- Lee, W. C., Chavez, Y. E., Baker, T., & Luce, B. R. (2004). Economic burden of heart failure: A summary of recent literature. *Heart & Lung*, 33(6), 362–371. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.06.008>
- Liao, L., Anstrom, K. J., Gottdiener, J. S., Pappas, P. A., Whellan, D. J., & Kitzman, D. W., et al. (2007). Long-term costs and resource use in elderly participants with congestive heart failure in the Cardiovascular Health Study. *American Heart Journal*, 153(2), 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2006.11.010>

- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M. et al (2022). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Journal of Heart Failure*, 24(1), 4–131. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2333>
- Michalsen, A., König, G., & Thimme, W. (1998). Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart*, 80(5), 437–441. <https://doi.org/10.1136/hrt.80.5.437>
- Moser, D. K., Doering, L. V., & Chung, M. L. (2005). Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. *American Heart Journal*, 150(5), 984. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2005.07.028>
- Molano Barrera, D. Y., & González Consuegra, R. V. (2021). Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas con insuficiencia cardíaca. *Investigación En Enfermería*, 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.rcaa>
- Opasich, C., Rapezzi, C., Lucci, D., Gorini, M., Pozzar, F., & Zanelli, E., et al. (2001). Precipitating factors and decision-making processes of short-term worsening heart failure despite "optimal" treatment (from the IN-CHF Registry). *American Journal of Cardiology*, 88(4), 382–387. [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(01\)01683-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(01)01683-6)
- Ormaechea, G., & Álvarez, P. (2018). Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Conceptos generales y aportes de una unidad nacional. *Revista uruguaya de cardiología*, 33(1), 205–244. <https://doi.org/10.29277/cardio.33.1.5>

- Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 190–196. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-63223-6\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-030-63223-6_11)
- Riegel, B., Lee, C., & Dickson, V. (2011). Self-care in patients with chronic heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, 8(11), 644–654. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2011.95>
- Romero Cabrera, J. S. (2022). Calidad de servicio para satisfacción del usuario en una entidad pública, Chiclayo. Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/93018>
- Saldarriaga, C. I., Garcés, J. J., Agudelo, A., Guarín, L. F., & Mejía, J. (2016). Impacto clínico de un programa de falla cardiaca. *Revista colombiana de cardiología* (Bogotá, Colombia: 1989), 23(4), 260–264. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.06.012>
- Hernández, S., Torres, C., Monllor, B., Esquius, P., Galeano, M. et al (2018). Insuficiencia cardíaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado. *Atención primaria*, 50(4), 213–221. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.008>
- Savarese, G., & Lund, L. H. (2017). Global Public Health Burden of Heart Failure. *Cardiac failure review*, 3(1), 7–11. <https://doi.org/10.15420/cfr.2016:25:2>
- Schiff, G. D., Fung, S., Speroff, T., & McNutt, R. A. (2003). Decompensated heart failure: Symptoms, patterns of onset, and contributing factors. *The American Journal of Medicine*, 114(8), 625–630. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(03\)00132-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(03)00132-3)
- Silva-Ruz, C., Ruiz-Acacio, E. A., Pineda-Flores, C., & Landa-Ramírez, E. (2022). Intervención psicológica a distancia para el tratamiento de la depresión en

insuficiencia cardiaca. Archivos de cardiología de México, 92(4), 502–512.  
<https://doi.org/10.24875/acm.21000248>

Slavin, S. D., & Warraich, H. J. (2020). El momento óptimo para comenzar los cuidados paliativos en insuficiencia cardiaca: una revisión narrativa. *Revista española de cardiología*, 73(1), 78–83.  
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.07.028>

Tsuyuki, R. T., McKelvie, R. S., Arnold, J. M., Avezum Jr, A., Barretto, A. C., & Carvalho, A. C., et al. (2001). Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. *Archives of Internal Medicine*, 161(19), 2337–2342.  
<https://doi.org/10.1001/archinte.161.19.2337>

Van Spall, H. G. C., Rahman, T., Mytton, O., Ramasundarahettige, C., Ibrahim, Q., Kabali, C. et al (2017). Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 19(11), 1427–1443. <https://doi.org/10.1002/ejhf.765>

Wilson, A. M. M. M., Almeida, G. S. M. de, Santos, B. de C. F. dos, Nakahara-Melo, M. et al. (2022). Factores asociados a la contribución de los cuidadores para el autocuidado de la insuficiencia cardiaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5838.3634>

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### OPERACIÓN DE VARIABLES EXPERIENCIA EDUCATIVA.

Dimensiones	Indicadores	Objetivo de la experiencia educativa	Materiales	Tiempo de sesiones
Conocimiento sobre la enfermedad	Concepto Fisiología del corazón	La experiencia educativa se realiza de manera individual y grupal  Demostraciones Retroalimentación  Talleres.	Los materiales son PPT, trípticos, cartilla de autocuidado  Balanza y tensiómetro.  Se proporciona pastilleros.  Hoja de control de funciones vitales.	5 sesiones repartidas en periodos de 30 - alcanzando un periodo total de 3 meses.
Signos de alarma	Disnea  Aumento rápido de peso  Edemas de tobillos			
Adherencia del tratamiento	Toma su medicamento diario			
Autocuidado	Peso diario  Control de P/A, pulso			
Actividad física	Caminata 30 minutos diarios.			

## Anexo 2

*Tabla de Operacionalización de la Variable autocuidado*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Nivel/Rango
Medida de autocuidado	Conocimiento sobre el autocuidado de la IC	1-8	1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca	BAJO 47 a 60 puntos  Medio 29-46 puntos
Búsqueda de atención de salud.	Conocimiento sobre la identificación de signos y síntomas de alarma de la IC.	9-12	1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca	ALTO 12-28 puntos

### **Baremo de la variable**

Dimensión	bajo	Medio	Alto
Mediadas de autocuidado	30-40	19-29	8-18
Búsqueda de atención en salud	15-20	10-14	4-9

### ANEXO 3

#### ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Tipo de encuesta: Primera consulta  / 2 meses en la  unidad

Responda con sinceridad a las siguientes afirmaciones

EDAD 18 A 29  AÑOS /  30 A 64 AÑOS /   
65 A MÁS AÑOS

GENERO MASCULINO  / FEMENINO

FACTORES DE RIESGO HTA  /  DIABETES / OTRO:

**A continuación:**

**Haga un círculo en el numero 1 si está completamente de acuerdo con la afirmación, es decir, si hace siempre lo que se comenta**

**Haga un círculo en el 5 si está completamente en desacuerdo con la afirmación, es decir, si no hace nunca lo que se comenta**

**Haga un círculo en los números del 2 al 4 para respuestas intermedias**

Aunque no este seguro por completo en alguna cuestión marque la respuesta que crea

	Completamente de acuerdo / Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi nunca	Completamente en desacuerdo / Nunca
1. Me peso cada día	1	2	3	4	5
2. Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso	1	2	3	4	5
3. Limito la cantidad de líquidos que bebo (a menos de 1,5 o 2 litros diarios)	1	2	3	4	5
4. Reposo un rato durante el día	1	2	3	4	5
5. Realizo una dieta baja en sal	1	2	3	4	5
6. Me vacuno contra la gripe todos los años	1	2	3	4	5
7. Tomo la medicación como me han dicho	1	2	3	4	5
8. Hago ejercicio regularmente	1	2	3	4	5
9. Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi médico o enfermera	1	2	3	4	5
10. Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera	1	2	3	4	5
11. Si aumento 2 kilos en una semana, contacto con mi médico o enfermera	1	2	3	4	5
12. Si noto aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera	1	2	3	4	5
Puntuales totales obtenidos:					

## ANEXO 4: CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

**Calculadora de muestra**

Nivel de confianza: ?  95%  99%

Margen de Error: ?

Población: ?

Tamaño de Muestra:

ANEXO 5:

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

<b>Nombres y apellidos</b>	<b>Grado</b>	<b>Categoría</b>
Roger Martin Correa Flores	Maestro	Aplicable
Rocío del pilar Laymito Quispe	Maestra	Aplicable
Rosario Calle Gonzales	Doctora	Aplicable

ANEXO 6

***Fiabilidad del instrumento***

<b>Categoría</b>	<b>Alfa de conbrach</b>	<b>N° de elementos</b>
Escala europea de autocuidado		12

## ANEXO 7

### CONSULTA ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (INTERVENCION EDUCATIVA)

Educación del paciente y familiares. Autocuidado

1º SESIÓN EDUCATIVA	2º SESIÓN EDUCATIVA	3º SESIÓN EDUCATIVA	4º SESIÓN EDUCATIVA	5º SESIÓN EDUCATIVA
Charla inicial. Que es la IC. Signos y síntomas. Ident.signos de descompensación Elaborar la hoja de valoración y seguimiento de IC. Orientación al paciente sobre el programa. Test de Autocuidado (Escala europea de autocuidado).	Educación sobre la IC. Signos de alarma. Control de peso. Edema de miembros inferiores. Aumento de fatiga.	Educación sobre la dieta. Ingesta de líquidos. (restricción) Limitar el consumo de sal. Hábitos saludables.	Educación sobre la adherencia al tratamiento y flexibilidad a los diuréticos. Diuréticos IECAS ARAS BETABLOQUE ADORES DIGITALICOS ESPIRONOLAC TONA	Educación sobre la actividad física. Educación sobre la actividad sexual. Replica y demostración de lo aprendido. Test de Autocuidado (Escala europea de autocuidado)

## ANEXO 8: Tamaño del efecto

COHEN(1988)	0.1-0.2	ínfimo	
	0.2-0.5	Pequeño	
	0.5-0.8	Mediano	
	0.8-1.2	Grande	
	>1.2	Muy grande	

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Señorita: Mtra. Rocío Laymito Quispe

Presente

Asunto: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.**

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la Escuela de Posgrado de la UCV, en la sede LIMA NORTE, ciclo 2023 - II, aula B1, requiero validar los instrumentos con los cuales se recogerá la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la que sustentaré mis competencias investigativas en la Experiencia curricular de Diseño y desarrollo del trabajo de investigación.

El nombre de mis Variables es: Experiencia educativa y autocuidado siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, se ha considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Formato de Validación.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



.....  
**Clorinda Patricia Huaman Quincho**  
D.N.I 09409580



#### 4. Soporte teórico:

**Proceso Educativo:** Según Luis Ibarra (2022) menciona que es “la participación del individuo, paciente y/o familiar, con el fin de que adquiriera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva”.

**Autocuidado:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el autocuidado se refiere a la habilidad de individuos, familias y comunidades para fomentar su bienestar, prevenir enfermedades, preservar la salud y afrontar condiciones de enfermedad y discapacidad de manera autónoma, prescindiendo de la asistencia de profesionales de la salud.

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
ORDINAL	<b>Medida de autocuidado</b>	Se refiere a la evaluación sistemática y cuantitativa de la capacidad de un individuo para cuidar de sí mismo en términos de su bienestar físico, emocional y mental. Esta medida se utiliza para valorar la habilidad de una persona para llevar a cabo acciones relacionadas con su propia salud, como la gestión de su condición médica, la adhesión a tratamientos médicos, la prevención de enfermedades y la promoción de su bienestar general.
	<b>Búsqueda de atención de salud</b>	Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad. Es el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación. Según la OMS(1998)

## 5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, a usted le presento el cuestionario para medir la Variable Autocuidado elaborado por Jaarsma, et al en febrero 2006. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

*Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente*

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

### Dimensiones del instrumento:

- **Primera dimensión:** Medida de autocuidado
- **Objetivos de la Dimensión:** Medir el Nivel de conocimiento sobre el autocuidado de la de la Insuficiencia cardiaca en un Hospital del Callao.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Conocimiento sobre el autocuidado de la IC	Me peso cada día.	4	4	4	Ninguna
	Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso.	4	4	4	Ninguna
	Limito la cantidad de líquidos que bebo (a menos de 1,5 ó 2 litros diarios).	4	4	4	Ninguna
	Reposo un rato durante el día.	4	4	4	Ninguna
	Realizo una dieta baja en sal	4	4	4	Ninguna
	Me vacuno contra la gripe (influenza) todos los años.	4	4	4	Quizá podría hacerse referencia a influenza
	Tomo la medicación como me han dicho.	4	4	4	Ninguna
	Hago ejercicio regularmente	4	4	4	Ninguna

- **Segunda dimensión:** Atención en Salud.
- **Objetivos de la Dimensión:** Determinar si el paciente identifica los signos de alarma de la Insuficiencia cardiaca en un Hospital del Callao.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Búsqueda de atención en salud	Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	Ninguna
	Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	Ninguna
	Si aumento 2 kilos en una semana, contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	Ninguna
	Si noto aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	Ninguna

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** El instrumento presenta suficiencia Sí

**Opinión de aplicabilidad:** Aplicable [ X ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Mtra. Rocío de Pilar Laymito Quispe

**Especialidad del validador:** Máster en Insuficiencia Cardíaca.

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

30 de octubre del 2023.

**Rocío Del Pilar Laymito Quispe**  
CARDIOLOGO CLINICO  
CMP 57410 RNE 37206

Firma del Experto validador

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Señorita: **Dra. Rosario Calle Gonzales**

Presente

Asunto: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.**

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la Escuela de Posgrado de la UCV, en la sede LIMA NORTE, ciclo 2023 - II, aula B1, requiero validar los instrumentos con los cuales se recogerá la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la que sustentaré mis competencias investigativas en la Experiencia curricular de Diseño y desarrollo del trabajo de investigación.

El nombre de mis Variables es: Experiencia educativa y autocuidado siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, se ha considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Formato de Validación.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



.....  
**Clorinda Patricia Huaman Quincho**  
D.N.I 09409580

## **Evaluación por juicio de expertos**

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento para medir las Variables Experiencia educativa y autocuidado. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; Agradecemos su valiosa colaboración.

### **6. Datos generales del juez:**

<b>Nombre del juez:</b>	<b>Dra. Rosario Calle Gonzales</b>
<b>Grado profesional:</b>	Maestría (x)                      Doctor ( )
<b>Área de formación académica:</b>	Clínica (x)                      Social ( ) Educativa ( )                      Organizacional ( )
<b>Áreas de experiencia profesional:</b>	clínica
<b>Institución donde labora:</b>	Hospital Alberto Sabogal Sologuren
<b>Tiempo de experiencia profesional en el área:</b>	2 a 4 años ( ) Más de 5 años (x)
<b>Experiencia en Investigación</b> (si corresponde)	Si

### **7. Propósito de la evaluación:**

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

### **8. Datos de la escala:**

<b>Nombre de la Prueba:</b>	Escala Europea de autocuidado en Insuficiencia Cardiaca
<b>Autor:</b>	Jaarsma, et al.
<b>Procedencia:</b>	Cuestionario original
<b>Administración:</b>	Directa
<b>Tiempo de aplicación:</b>	15 minutos
<b>Ámbito de aplicación:</b>	Hospital Alberto Sabogal Sologuren en la unidad de Falla cardiaca.
<b>Significación:</b>	El cuestionario Escala europea de autocuidado en Insuficiencia Cardiaca está compuesto de 2 dimensiones que son. Medida de autocuidado y atención en salud. El objetivo de la evaluación es determinar el nivel de autocuidado de los pacientes después de una intervención educativa programada y estructurada en un determinado tiempo.

## 9. Soporte teórico:

**Proceso Educativo:** Según Luis Ibarra (2022) menciona que es “la participación del individuo, paciente y/o familiar, con el fin de que adquiriera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva”.

**Autocuidado:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el autocuidado se refiere a la habilidad de individuos, familias y comunidades para fomentar su bienestar, prevenir enfermedades, preservar la salud y afrontar condiciones de enfermedad y discapacidad de manera autónoma, prescindiendo de la asistencia de profesionales de la salud.

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
ORDINAL	<b>Medida de autocuidado</b>	Se refiere a la evaluación sistemática y cuantitativa de la capacidad de un individuo para cuidar de sí mismo en términos de su bienestar físico, emocional y mental. Esta medida se utiliza para valorar la habilidad de una persona para llevar a cabo acciones relacionadas con su propia salud, como la gestión de su condición médica, la adhesión a tratamientos médicos, la prevención de enfermedades y la promoción de su bienestar general.
	<b>Búsqueda de atención de salud</b>	Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad. Es el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación. Según la OMS(1998)

**10. Presentación de instrucciones para el juez:**

A continuación, a usted le presento el cuestionario para medir la Variable Autocuidado elaborado por Jaarsma, et al en febrero 2006. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

<b>Categoría</b>	<b>Calificación</b>	<b>Indicador</b>
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

*Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brindes sus observaciones que considere pertinente*

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

**Dimensiones del instrumento:**

- **Primera dimensión:** Medida de autocuidado
- **Objetivos de la Dimensión:** Medir el Nivel de conocimiento sobre el autocuidado de la de la Insuficiencia cardiaca en un Hospital del Callao.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Conocimiento sobre el autocuidado de la IC	Me peso cada día.	4	4	4	
	Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso.	4	4	4	
	Limito la cantidad de líquidos que bebo (a menos de 1,5 ó 2 litros diarios).	4	3	4	
	Reposo un rato durante el día.	4	4	4	
	Realizo una dieta baja en sal	4	4	4	
	Me vacuno contra la gripe todos los años.	4	3	4	
	Tomo la medicación como me han dicho.	4	4	4	
	Hago ejercicio regularmente	4	4	4	

- **Segunda dimensión:** Atención en Salud.
- **Objetivos de la Dimensión:** Determinar si el paciente identifica los signos de alarma de la Insuficiencia cardiaca en un Hospital del Callao.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Búsqueda de atención en salud	Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	
	Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	
	Si aumento 2 kilos en una semana, contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	
	Si noto aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** El instrumento presenta suficiencia Sí

**Opinión de aplicabilidad:** Aplicable [x]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Dra. Rosario Calle Gonzales

**Especialidad del validador:** Dra. Gestión en los Servicios de Salud.

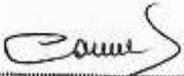
<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**30 de octubre del 2023.**



OS - 29374  
Rosario L. CALLE GONZALES  
CORONEL SPNP  
DPTO. EMERGENCIA CH PNP LNS

**Firma del Experto validador**

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Mtro. Roger Martin Correa Flores

Presente

Asunto: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.**

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la Escuela de Posgrado de la UCV, en la sede LIMA NORTE, ciclo 2023 - II, aula B1, requiero validar los instrumentos con los cuales se recogerá la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la que sustentaré mis competencias investigativas en la Experiencia curricular de Diseño y desarrollo del trabajo de investigación.

El nombre de mis Variables es: Experiencia educativa y autocuidado siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, se ha considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Formato de Validación.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



.....  
**Clorinda Patricia Huaman Quincho**  
D.N.I 09409580

## **Evaluación por juicio de expertos**

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento para medir las Variables Experiencia educativa y autocuidado. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; Agradecemos su valiosa colaboración.

### **11. Datos generales del juez:**

<b>Nombre del juez:</b>	Mtro. Roger Martin Correa Flores.
<b>Grado profesional:</b>	Maestría (x)                      Doctor ( )
<b>Área de formación académica:</b>	Clínica (x)                      Social ( ) Educativa ( )                      Organizacional ( )
<b>Áreas de experiencia profesional:</b>	clínica
<b>Institución donde labora:</b>	Hospital Alberto Sabogal Sologuren
<b>Tiempo de experiencia profesional en el área:</b>	2 a 4 años ( ) Más de 5 años (x)
<b>Experiencia en Investigación</b> (si corresponde)	Si

### **12. Propósito de la evaluación:**

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

### **13. Datos de la escala:**

<b>Nombre de la Prueba:</b>	Escala Europea de autocuidado en Insuficiencia Cardiaca
<b>Autor:</b>	Jaarsma, et al.
<b>Procedencia:</b>	Cuestionario original
<b>Administración:</b>	Directa
<b>Tiempo de aplicación:</b>	15 minutos
<b>Ámbito de aplicación:</b>	Hospital Alberto Sabogal Sologuren en la unidad de Falla cardiaca.
<b>Significación:</b>	El cuestionario Escala europea de autocuidado en Insuficiencia Cardiaca está compuesto de 2 dimensiones que son. Medida de autocuidado y atención en salud. El objetivo de la evaluación es determinar el nivel de autocuidado de los pacientes después de una intervención educativa programada y estructurada en un determinado tiempo.

#### 14. Soporte teórico:

**Proceso Educativo:** Según Luis Ibarra (2022) menciona que es “la participación del individuo, paciente y/o familiar, con el fin de que adquiriera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva”.

**Autocuidado:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el autocuidado se refiere a la habilidad de individuos, familias y comunidades para fomentar su bienestar, prevenir enfermedades, preservar la salud y afrontar condiciones de enfermedad y discapacidad de manera autónoma, prescindiendo de la asistencia de profesionales de la salud.

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
ORDINAL	<b>Medida de autocuidado</b>	Se refiere a la evaluación sistemática y cuantitativa de la capacidad de un individuo para cuidar de sí mismo en términos de su bienestar físico, emocional y mental. Esta medida se utiliza para valorar la habilidad de una persona para llevar a cabo acciones relacionadas con su propia salud, como la gestión de su condición médica, la adhesión a tratamientos médicos, la prevención de enfermedades y la promoción de su bienestar general.
	<b>Búsqueda de atención de salud</b>	Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad. Es el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación. Según la OMS(1998)

15. **Presentación de instrucciones para el juez:**

A continuación, a usted le presento el cuestionario para medir la Variable Autocuidado elaborado por Jaarsma, et al en febrero 2006. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

*Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brindes sus observaciones que considere pertinente*

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

**Dimensiones del instrumento:**

- **Primera dimensión:** Medida de autocuidado
- **Objetivos de la Dimensión:** Medir el Nivel de conocimiento sobre el autocuidado de la de la Insuficiencia cardiaca en un Hospital del Callao.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Conocimiento sobre el autocuidado de la IC	Me peso cada día.	4	4	4	
	Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso.	4	4	4	
	Limito la cantidad de líquidos que bebo (a menos de 1,5 ó 2 litros diarios).	4	4	4	
	Reposo un rato durante el día.	4	4	4	
	Realizo una dieta baja en sal	4	4	4	
	Me vacuno contra la gripe todos los años.	4	4	4	
	Tomo la medicación como me han dicho.	4	4	4	
	Hago ejercicio regularmente	4	4	4	

- **Segunda dimensión:** Atención en Salud.
- **Objetivos de la Dimensión:** Determinar si el paciente identifica los signos de alarma de la Insuficiencia cardiaca en un Hospital del Callao.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Búsqueda de atención en salud	Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	
	Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	
	Si aumento 2 kilos en una semana, contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	
	Si noto aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera.	4	4	4	

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** El instrumento presenta suficiencia Sí

**Opinión de aplicabilidad:** Aplicable [ x ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Mtro. Roger Martin Correa Flores.

**Especialidad del validador:** Máster en Insuficiencia Cardiaca.

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**30 de octubre del 2023.**



Dr. ROGER MARTIN CORREA FLORES  
MÉDICO CARDIÓLOGO  
C.M.P. 35171 R.N.E. 17787

**Firma del Experto validador**