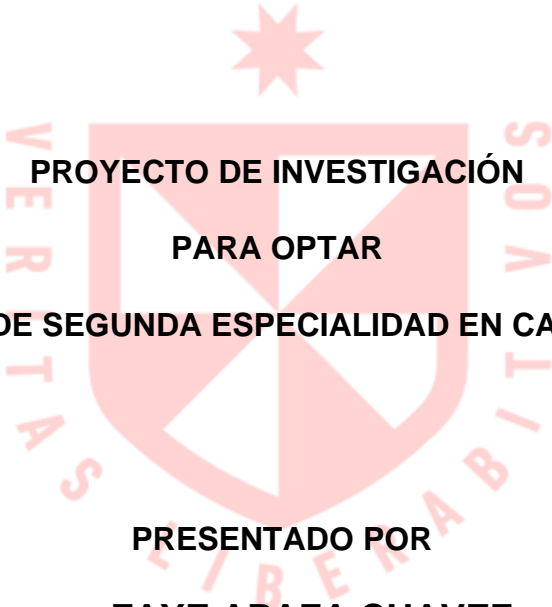


**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A ADHERENCIA TERAPEUTICA COMO  
FACTOR DE REINGRESO EN PACIENTES CON FALLA  
CARDIACA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE  
2022-2023**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGÍA  
PRESENTADO POR  
FAYE APAZA CHAVEZ**

**ASESORA**

**SARITA ASUNCION BOCANEGRA GONZALEZ**

**LIMA- PERÚ**

**2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A ADHERENCIA TERAPEUTICA COMO FACTOR  
DE REINGRESO EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL HIPOLITO UNANUE 2022-2023**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGIA**

**PRESENTADO POR:**

**FAYE APAZA CHAVEZ**

**ASESORA**

**MSc. SARITA ASUNCION BOCANEGRA GONZALEZ**

**LIMA- PERÚ**

**2024**

PORTADA	PÁGS.
<b>ÍNDICE</b>	
<b>CAPÍTULO I:</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción del problemática	4
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4 Justificación	6
1.4.1 Importancia	
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	
1.5 Limitaciones	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas	16
2.3 Definición de términos básicos	22
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>24</b>
3.1 Formulación	24
3.2 Variables y su definición operacional	24
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>28</b>
4.1 Diseño metodológico	28
4.2 Diseño muestra	29
4.3 Técnicas de recolección de datos	30
4.4 Procesamiento y análisis de datos	30
4.5 Aspectos éticos	31
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>32</b>

<b>PRESUPUESTO</b>	<b>32</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>37</b>
1. Matriz de consistencia	37
2. Instrumentos de recolección de datos	39

NOMBRE DEL TRABAJO

**FACTORES ASOCIADOS A ADHERENCIA  
TERAPEUTICA COMO FACTOR DE REIN  
GRESO EN PACIENTES CON FALLA CAR  
DI**

AUTOR

**, FAYE APAZA CHAVEZ**

RECUENTO DE PALABRAS

**9275 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**51724 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**41 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**263.2KB**

FECHA DE ENTREGA

**May 8, 2024 8:58 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**May 8, 2024 8:59 AM GMT-5**

### ● 11% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la situación problemática

La falla cardíaca sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo<sup>16</sup>, afecta aproximadamente a 20 millones de personas<sup>5,4</sup>, el 1% de la población mayor de 40 años presenta IC,<sup>15</sup> en España más del 10% de los mayores de 70 años están afectados por falla cardíaca y se ha convertido en la tercera causa de muerte cardiovascular después de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular<sup>1, 4, 15</sup>

En estos pacientes según la última guía de falla cardíaca 2022 se observa que para alcanzar una terapia médica óptima demanda mucho trabajo, esto va comprendido desde la terapéutica farmacológica, una dieta saludable, mantener un peso adecuado, supervisión especializada, seguimiento, cambios en estilo de vida, etc. los cuales hacen que se llegue a una buena adherencia al tratamiento y con ello lograr aumentar la supervivencia.<sup>16, 17</sup>

La poca adherencia al tratamiento representa hasta el 68% de la descompensación y propiciar la tasa de reingresos hospitalarios, e incrementar la progresión a la enfermedad a estadios avanzados, esta pobre adherencia está relacionada a múltiples factores desde el proceso del alta del paciente (entendimiento del diagnóstico, importancia del tratamiento, controles y pronóstico), hasta la participación de la familia en forma activa.<sup>3,14</sup>

Otro factor que se evidencia en la adherencia terapéutica es el poco acceso a los sistemas de salud especializado por la alta demanda en la especialidad y poco acceso al tratamiento oportuno, haciendo que los tiempos de espera para tener cita en la especialidad es a largo plazo en relación a tiempo, lo que muchas veces desmotiva a la población a acudir a su control a tiempo.<sup>14</sup>

según las estadísticas El Hospital Nacional Hipólito Unanue, es un hospital Nacional de referencias con alta demanda de pacientes que pertenece a las Redes Integradas de Salud Lima-Este. Cuenta con una población referencial, para el año 2020 de 1'619,747 habitantes que corresponde al 15.23% de la población nacional.<sup>2</sup>

El HNHU cuenta con el servicio de cardiología que cuenta un área de hospitalización, consulta externa, laboratorio de ecocardiograma holter, prueba de esfuerzo, tele monitoreó, entre las patologías con demanda son las patologías crónicas, la insuficiencia cardiaca descompensada resultado de patologías cardiovasculares. Como también de enfermedades valvulares, cardiomiopatía dilatada, cardiopatía hipertensiva entre otros.<sup>2</sup>

Se ha visto que la población con diagnóstico de falla cardiaca en cualquiera de sus estadios y que presentan más reingresos hospitalarios tienen peor pronóstico y con ella aumenta la mortalidad por lo que existe la necesidad de identificar los factores más prevalentes relacionadas a la mala adherencia en nuestro hospital, con el fin de buscar alternativas y con ello ofrecer una atención integrada a cambiar y disminuir el riesgo de reingresos, por consiguiente disminuir la tasa de mortalidad en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores que se asocian a reingreso por mala adherencia a terapia médica, en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los Años 2022-2023?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar los factores que se asocian a adherencia de terapia medica como determinante de reingreso en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los Años 2022-2023

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Determinar que el factor sociodemográfico es un factor de reingreso por mala adherencia a terapia medica en pacientes con falla cardiaca.



Determinar la relación entre los factores: edad, sexo grado de instrucción esquema terapéutico con la adherencia terapéutica en pacientes con falla cardiaca que reingresan a hospitalización del HNUH.

Determinar si la falta de seguimiento del paciente es un factor determinante que condiciona a reingreso hospitalario por mala adherencia al tratamiento médico

## **1.4 JUSTIFICACIÓN**

### **1.4.1 Importancia**

Este proyecto de investigación es importante porque abarca una de las enfermedades cardiovasculares con mayor número de pacientes la falla cardiaca aún sigue siendo un reto el tratamiento y seguimiento por parte del sistema de salud, pesar de contar con guías internacionales de tratamiento la población que aqueja esta enfermedad es diversa y se ha visto que su mortalidad aumenta a nivel nacional y mundial y un factor determinante es por una mala adherencia al tratamiento

En los últimos años las enfermedades cardiovasculares están en aumento y esto se da por la asociación de varios factores determinantes sean modificables y no modificarles entre ellas tenemos una población con hipertensión, diabetes, cardiopatía coronaria y estos asociados a factores de riesgo (obesidad, alcoholismo, hábito tabáquico sedentarismo, una dieta rica en carbohidratos y grasas aumentando así su mortalidad

El presente trabajo será útil para identificar los factores más frecuentes de mala adherencia terapéutica que llevan a la reagudización de la insuficiencia cardiaca y así poder usar estrategias para intervención en salud de paciente que permitan mejorar la adherencia y evitar reingresos y hospitalizaciones prolongadas las cuales con llevan a aumentar la mortalidad a corto plazo.

### **1.4.2 Viabilidad y factibilidad**

Este estudio será realizado en un centro hospitalario único en la que la autora labora, es viable para su realización y factible porque se cuenta con una población

suficiente con diagnóstico de falla cardiaca y reingreso, además se cuenta con el permiso de la jefatura y el comité de ética para el acceso al registro de historias clínicas completas de los pacientes hospitalizados en el servicio de cardiología, el recurso financiero será solventada por la investigadora.

### **1.5 Limitaciones**

Acceso de historia clínica de pacientes referidos o que estuvieron hospitalizados previamente en otro centros hospitalarios.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

En 2020, Ingvild Margreta Morken<sup>18</sup> realiza una revisión sistematizada restringida de los años 2015 hasta 2020 donde examina 18 estudios publicados en EEUU. Estos estudios intervinieron a los pacientes a las dos semanas del alta donde le realizan un seguimiento acerca del uso apropiado, cumplimiento de su terapéutica para examinar los efectos de autocuidado; de los 18 estudios 11 (61%) proporcionaron información sobre la adherencia de los pacientes y se concluye que esos pacientes presentaron del 72 al 99% de adherencia terapéutica gracias a las estrategias que se usaron (llamadas telefónicas y telemonitoreo) concluyeron que un seguimiento post hospitalización usando las tecnologías de teleinformática ayudan al paciente a mejorar su calidad de vida e evitar reingresos por mala adherencia terapéutica.

El 2019, Ana Huamán Guerra<sup>14</sup> desarrollo una investigación en Perú realizó un estudio cuantitativo, correlativo y transversal en julio de 2014 a septiembre de 2015 en el INCOR – Perú en su estudio se incluyeron a 40 personas con diagnóstico de IC crónica que se encuentran en su domicilio con una edad de 59 años en promedio; (67.5%) eran varones, el 70% registraba domicilio en Lima y el 98% tenía familiares directos viviendo con él, se concluyó que a mayor adherencia al tratamiento mejora la calidad de vida del paciente, del total de pacientes solo un 10 % no logro alcanzar las indicaciones dadas ya que la limitante fue el factor económico.

En 2018, Dharam J. Kumbhani<sup>6</sup> desarrollo una investigación en EEUU, un estudio comparativo, en el diseño, se incluyó a 125 595 pacientes con falla cardíaca y que tenían diferentes comorbilidades, se determinó que el 83% de los pacientes habían reingresado por lo menos una vez al año, y que el 43% presenta al menos 4 reingresos. Se concluyó que los pacientes que cuentan con mayor tasa de reingreso son los que presentaban mayores factores sociodemográficos: pacientes de la tercera edad, con múltiples comorbilidades, los que tenían pocos controles y contaban con escaso soporte familiar.

En 2017, Komajda M et al<sup>7</sup>, demuestra en el estudio QUALIFY 2017 prospectivo, observacional, su muestra fue de 669 pacientes, de 547 unidades hospitalarias desarrollados en 36 países en los periodos septiembre del 2013 a diciembre del 2016. La población en estudio con diagnóstico de IC, un 22% de la población en estudio se evidencio que presentaba poca adherencia terapéutica y esto se relacionado a factores como la edad, clase funcional y comorbilidades cardiovasculares. Este estudio concluye que la falta adherencia al tratamiento se asocia a mayor tasa de mortalidad por IC, y un aumento de tasa elevada de hospitalizaciones.

En 2018 Yousef Ayatollahi, MD<sup>8</sup> realiza un estudio de regresión logística multivariante multinivel realizada en 15 hospitales de EE. UU se obtuvo una muestra de 2279 pacientes hospitalizados consecutivamente desde noviembre de 2013 hasta Octubre de 2014 en cual examinan la asociación entre los factores de reingreso y tasa de reingreso al mes del alta en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca se concluyó que la cantidad de reingreso por IC fue del 9,8 % a los 30 días, entre los factores que determinaron los reingresos fue edad, etnia, factores de comorbilidad cardiovascular fragilidad, mientras que el uso de atención médica domiciliaria se asoció inversamente con la readmisión temprana.

En 2016 Todd M. rupp, PhD<sup>9</sup> en una revisión sistematizada y metaanálisis de ensayos controlados donde se eligieron 57 estudios de los países Italia, Francia, España, Canadá países bajos Israel, reino unido, Brasil, EEUU Suecia en 43 estudios se informaron hospitalización/readmisión determinaron que una buena adherencia a la terapia medica reduce el aumento de exacerbaciones y mayor riesgo de hospitalizaciones. Y esto se debe al autocuidado del paciente con apoyo del sistema de programa de intervención por parte del personal sanitario, reduciendo su mortalidad en un 10 %, concluyen que las intervenciones mejoran la adherencia terapéutica para la falla cardiaca, reducen el riesgo de reingreso hospitalario y mortalidad general.

En 2018 Jia Rong Wu et al <sup>10</sup> EEUU, Unión City, desarrollo una investigación analítico prospectivo donde incluye 219 pacientes con diagnóstico de falla cardiaca, donde evalúa las características sociodemográficas y clínica relacionadas a la

adherencia de la medicación y hospitalización; estos paciente tuvieron un seguimiento de más o menos 3.5 años, donde se recopiló los datos de las hospitalizaciones y la supervivencia, la adherencia fue monitorizada por el sistema de monitoreo de eventos. Se determinó que la adherencia a la medicación se relacionaba a menos síntomas, y que la presencia de edema en tobillos se relacionó a peor supervivencia. Concluyendo que la adherencia a la terapéutica reduce tanto los síntomas, la rehospitalización y por consiguiente la mortalidad en pacientes con falla cardiaca.

en 2019 Paula Martínez Santos<sup>12</sup> realizó un estudio retrospectivo que incluyó 77.652 pacientes con insuficiencia cardiaca la información fue recopilada por medio de CMBD del sistema nacional de salud que integra los servicios de salud de España durante 01 de enero hasta 30 de diciembre del 2012 donde se evaluó la tasa de reingreso a los 30 días y al año del alta, obteniendo un grupo etario de 79.2 (9.9) años, siendo el 55.3% mujeres se evidenció una tasa de reingresos por enfermedad cardiaca 32,6%(23.661 pacientes) las tasas de reingresos estaban relacionadas a presencia concomitante de factores cardiovasculares entre ella la cardiomiopatía isquémica, enfermedad valvular, diabetes y la insuficiencia cardiaca descompensada en un 62.8% con un aumento de tasa de mortalidad de 14.5 %.se concluye que la tasa de reingreso es mayormente en aquellos pacientes mayor de 65 que tenían comorbilidades asociadas y se dio más reingresos en aquellos centros médicos donde la carga de pacientes es de mayor afluencia.

En 2015 Andressa Freitas da Silva et al<sup>13</sup> estudio transversal realizado al Sur y sureste de Brasil en las ciudades de Porto Alegre, y Niterói, en agosto 2011 hasta octubre 2013, se incluyó a 340 personas de 62 años con diagnóstico de ICC, se evaluó la adherencia terapéutica y evaluó su relación a las características sociodemográficas y clínicas, fue evaluada por medio de puntuación equivalente a 18, donde se evidenció que las personas que tenían un soporte familiar y que acudían a controles regulares conocían de la enfermedad y tenían mayor adherencia en relación a los pacientes que vivía en casas de reposo y no conocían acerca de su enfermedad, este trabajo concluye la necesidad de educar al paciente en relación a su enfermedad, el autocuidado sus controles, la toma de medicación,

soporte familiar para mejorar la adherencia terapéutica y aumentar la supervivencia en pacientes con falla cardiaca.

En 2004 Marc Klapholz, MD. Et al<sup>11</sup> desarrollo un registro de pacientes hospitalizados por IC en 24 centros hospitalario del área metropolitana de Nueva York. Fue Un Estudio multicéntrico prospectivo con una población de 619 pacientes, de los cuales se hizo seguimiento a la evolución hospitalaria, tratamiento y factores precipitantes de descompensación en pacientes hospitalizados por IC con FEVI normal, así mismo se vio que el 86% de los pacientes tenían síntomas crónicos compatibles con las clases funcionales II a IV de la N.Y.H.A., se identificó que el 53 % de factores precipitantes de la descompensación era el incumplimiento medico dietético. Concluyendo que existe una asociación a mayor incumplimiento mayor tasa de reingreso hospitalario

En 2022 Aemiro Baymot et al<sup>19</sup>Es un estudio transversal realizada en 5 hospitales de Etiopia con una muestra de 294 pacientes adultos entre varones y mujeres con el diagnóstico de falla cardiaca, la selección de la muestra fue aleatorio sistematizado utilizando el registro de seguimiento de los hospitales de pacientes con diagnóstico de IC, se realizó desde 15 de febrero al 15 de abril del 2021 con una duración de seguimiento de 03 meses donde se aplicó un cuestionario de cumplimiento de IC para medir la adherencia y recomendaciones de autocuidado, donde los factores asociados en estudio fue el sexo, ingreso familiar, clase funcional, conocimiento de la enfermedad, historial de hospitalización , apoyo social, se evidencio que del total de pacientes los que tenían mejor adherencia fueron los varones, en relación a las mujeres que en otros estudio fue diferente este, con CF III-IV en relación a los pacientes CF I donde aún no eran conscientes de su enfermedad, aquellos que tenían mejores ingresos mensuales en relación a los que tenían bajos recursos económico ya que continuar con su terapia medica implicaba comprar y cumplimiento de medicación, aquellos que tenían mejor comprensión acerca de su enfermedad tenían mejor autocuidado ya que tenían una percepción que deberían mejorar, y aquellos que podían acceder a un sistema de comunicación informático que les ayude a entender más de su enfermedad y el tratamiento junto a un seguimiento más continuo. Finalmente

concluyen que para tener una mejor adherencia a terapia en falla cardiaca es una combinación de factores tanto de la persona y del entorno, el autocuidado es importante para una mejor adherencia en combinación a los factores socioeconómico y geográfico.

2020 Sofía Teresa Valdés<sup>20</sup> en Guayaquil realizó un estudio retrospectivo transversal de tipo exploratorio cuantitativo experimental en el Hospital Del Seguro Social de Guayaquil se tomó una muestra de 100 personas con diagnóstico de falla cardiaca realizándose una encuesta con diferentes ítem que evalúan la adherencia de tratamiento en IC donde comprende varios puntos como el sociodemográfico, edad, sexo, clase funcional, nivel socioeconómico, clínica de descompensación, se concluyó que las personas que presentaban mejor adherencia al tratamiento eran aquellas personas del sexo varón que tenían un nivel económico adecuado, que tenían una mejor percepción del diagnóstico y la importancia de la medicación explicada en consulta, que esto se extrapola con una asistencia a controles un 36% de la población, recomendando y teniendo baja tasa de reingresos.

en 2016 Carolina Hernández-Pinzón<sup>21</sup> se realizó un estudio de Diseño experimental tipo ensayo clínico para medir la adherencia terapéutica en pacientes con ICC, usuarios de la unidad de falla cardiaca en Bogotá usando un método informático se seleccionó 111 usuario con diagnóstico de IC donde a un grupo se le hizo el seguimiento vía informática llamadas telefónicas más mensaje de texto otro grupo llamadas telefónica más correo en ambos grupos se usó este método para recordarles el cumplimiento de su tratamiento y el otro grupo que acudía en forma regular a consulta externa, se evaluó la adherencia a terapia por medio de 30 ítems se concluye que en los grupo 1 y 2 tenían más adherencia a la terapia en relación al grupo 3 de control puesto que el seguimiento motivaba al paciente a seguir su medicación y relacionado a las recomendaciones de autocuidado que se les daban a los pacientes en estudio.

en 2017 Sergio Vicente-Sánchez et al <sup>22</sup> se realizó un estudio observacional, transversal que duro 3 meses, su población era de 5.849 personas de 65 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, concluye que los pacientes con enfermedades crónicas y una polifarmacia y que no cuentan con

apoyo familiar son los candidatos que más reingresos hospitalarios presentan a diferencia de pacientes que cuentan con un apoyo familiar que ayudan al cumplimiento de tratamiento médico mejorando así la supervivencia.

En 2018 ChoKaiWu<sup>23</sup> analizó el registro de pacientes cardíacos de Taiwán usando estudio observacional multicéntrico prospectivo de un total de pacientes de 22000 registrados en el registro de pacientes con IC con FEVI < 40% (desde mayo del 2013 hasta octubre del 2015) y con FEVI preservada (julio 1995 a marzo del 2003) en estos pacientes que contaban con reingreso se evaluó el seguimiento que se realizaba junto con un monitoreo que realizaban en forma disciplinaria observando que al año siguiente de ingresar al registro había una baja mortalidad pero una alta tasa de reingresos hospitalarios, algunos hospitales al observar la tasa de reingreso optaron por mejorar la atención en forma multidisciplinaria enseñanza personalizada y seguimiento, evidenciando posteriormente una reducción de la mortalidad de un 20,6% a 9.1 % y reduciendo la rehospitalización de 23.4% a 10.9% a los dos años de la cohorte motivo por lo que se implementó y reforzó el trabajo en equipo con la finalidad de reducir La Rehospitalización.

2015 Bradi B Grander RN MSN PHD et al <sup>24</sup> en EEUU realizó un estudio de diseño prospectivo aleatorizado y controlado en pacientes con diagnóstico de IC con mala adherencia según la escala MMAS 8-ITEM con un seguimiento de 4 años desde septiembre del 2009 hasta septiembre del 2013, se tomó una muestra de estudio de 265 pacientes de los cuales se seleccionaron 86 pacientes se dividió: 44 fueron el grupo de intervención y 42 el grupo control; al primer grupo se intervino de forma activa mediante llamadas telefónicas, mensajes, educación en temas de falla cardíaca en forma continua y seguimiento posterior al alta a los 3, 6 y 12 meses, mientras que en el segundo grupo se realizó el procedimiento normado de control a los 3, 6 y 12 meses e incluía educación durante la consulta de control, se evaluó en los dos grupos la respuesta conductual acerca del diagnóstico comprensión del uso y necesidad de tratamiento médico y su asociación a la adherencia con la presencia de síntomas de descompensación, se concluyó que aquellos pacientes que recibieron intervenciones tienen mejor adherencia y menor reingreso comparado con el control resaltando que el 40% de pacientes con buena



adherencia cuentan con familiares que acompañan y se involucran con el tratamiento y autocuidado del paciente.

en 2017 Lingyun Lu Pharm D Msc at <sup>25</sup>en los ANGELES en un estudio cohorte retrospectivo se ingreso a la base de datos de sistema de atención medica de veteranos del área metropolitana de los Ángeles con diagnóstico de falla cardiaca, se evaluó a 277 pacientes durante 90 días post alta y evaluaron el cumplimiento a terapia medica de los cuales 144 acudieron a control en la clínica de falla y 133 eran grupo control se concluyó que los pacientes manejados en la clínica especializada tenían mayor adherencia y reducción de hospitalizaciones; la inadecuada adherencia explica en parte la poca mejoría y 4 veces más riesgo de reingresos en relación a pacientes que cumplen en tomar su medicación otro factor importante es una dieta inadecuada como causa de reingreso, por último el beneficio de un control, seguimiento y apoyo familiar asociado a comorbilidades beneficia a la reducción de reingresos y mortalidad.

en 2019 Mohammed Assen Seid et al <sup>26</sup> se realizó un estudio trasversal con una población de 310 pacientes adultos con diagnóstico de falla cardiaca del hospital de la universidad de Gondartuvo, con una duración de 3 meses de febrero a mayo del 2017, la selección de población de estudio se dio por medio de muestreo aleatorio sistematizado por medio de entrevistas, se usó el método de regresión usando los datos en el sistema SPSS VERSION 20 para verificar la adherencia al tratamiento; de los participantes se encontró una deficiencia en el autocuidado del total de pacientes el 22.3 % tenía un autocuidado con buena adherencia se daba más en pacientes del sexo masculino que tenían un nivel de conocimiento acerca de la enfermedad que cuentan con apoyo familiar, no tener comorbilidades crónicas, concluyendo que en el manejo de falla cardiaca se debe incluir la enseñanza hacia el autocuidado, tener apoyo familiar y seguimiento es importante para disminuir la mortalidad y reingreso hospitalario.

En 2022 Federico Rea et al <sup>27</sup>en el Observatorio de enfermedades cardiovasculares de Trieste, Italia usando el sistema de e-Chart con códigos de alta de hospitalizaciones previa, se realizó un estudio observacional prospectivos longitudinal desde noviembre del 2009 a diciembre del 2015 donde utilizaron el registro de pacientes con ICC, de una población de 3424 pacientes se eligió a

2528 sujetos que cumplían criterios de elegibilidad, factores de comorbilidad, FEVI <40% , FEVI>40% medicación con TMO donde se evidencio que la falta de adherencia va de la mano con la polifarmacia, con alto porcentaje de incumplimiento, el entorno familiar también tubo intervención donde no se puede lograr una "terapia óptima" en cambio las intervenciones efectivas como una reducción de la terapéutica un seguimiento continuo se produce una mejor adherencia y con ello una mejora de la calidad, mejorando el pronóstico a largo plazo

En 2016 Javier Gonzales Bueno et al<sup>29</sup>, en España 2013 se realizo una revisión sistematizada o metaanálisis de ensayos clínicos en los principales buscadores Pubmed, EMBASE, the Cochrane Library, CRD y WoS, relacionados a adherencia cardiaca en falla cardiaca , se revisó un total de 519 referencias de los cuales eligieron 09 referencias los cuales el objetivo era evaluar la eficacia de apoyo continuo en el paciente para la mejorar de la adherencia en los cuales incluían hábitos del paciente polifarmacia, asociación a factores de riesgo y/o patologías asociadas a falla cardiaca, se concluyó que en aquellos estudios en donde había una intervención activa combinada por parte del personal de salud había mejor adherencia terapéutica en relación a aquellos donde los pacientes solo presentaban control normal además se evidencio que aquellos pacientes polipatológicos era difícil lograr una adherencia adecuada ya que la misma se venía relacionada con una polifarmacia.

## **2.2 Bases teóricas**

### **ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

Aproximadamente entre el 20% y 60% de pacientes diagnosticados con falla cardiaca no cumple su tratamiento adecuadamente ya sea farmacológica o no farmacológica este incumplimiento se denomina mala adherencia y está también va relacionada con la relación al porcentaje de dosis tomada según la prescripción por un periodo de tiempo denominada persistencia terapéutica.<sup>30</sup>

La OMS define adherencia como la capacidad de un paciente en involucrarse en la elección en la toma de medicación, seguimiento cambio en su nutrición y la

modificación de hábitos de vida que permita cumplir de forma adecuada el tratamiento<sup>28</sup>

Adherencia no es obediencia ni cumplimiento va más allá de tomar su medicación, en la buena adherencia hay participación activa del paciente.<sup>31</sup>

El impacto que tiene esta falta de adherencia tienen gran importancia en la salud a largo plazo y como consecuencia abandono de tratamiento y probabilidad de reingresos hospitalarios, que eso conlleva a gasto económico elevado.<sup>32</sup>

Una adherencia óptima se vincula a una disminución menor al 20% de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y disminución menor al 40 % de mortalidad por cualquier causa actualmente se observa que los pacientes con mala adherencia terapéutica triplican el porcentaje <sup>30, 31, 33</sup>

## **MEDIDAS DE ADHERENCIA**

### **Métodos directos**

Determinar la concentración de un fármaco en sangre y la presencia de su metabolito activo.

Terapia directamente observada, paciente conoce de su enfermedad y analiza la toma de medicación de forma voluntaria o la aceptación de la medicación por parte de los cuidadores.<sup>30</sup>

### **Métodos indirectos**

Existen formas de verificación y una de ellas es la entrevista clínica donde se puede realizar encuestas, cuestionarios, etc.

De la medicación que toma se hace un cruce de la cantidad de pastillas y los días que debió administrarse.

Observar el ingreso mensual de medicación y su distribución.

## **CATEGORÍAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA**

### **Del sistema de salud**

Falta de continuidad de la atención es un punto básico de buen funcionamiento y tratamiento óptimo del paciente, si ese paciente no es orientado y con una continuidad asistencial fácilmente ese paciente no cumplirá con el tratamiento ni con los objetivos y es más fácil de recaer con falla cardíaca y posible de reingreso hospitalario, el trabajo multidisciplinario es importante para una buena adherencia

30

Mala relación médico paciente, hay menos confianza en la atención por el tiempo de espera la empatía y confianza médico paciente

Desconocimiento de la medicación Muchos pacientes al sentir mejoría clínica de su patología de fondo desconocimiento de la importancia de tomar su medicación hace que dejen o tomen la medicación a medias llegando a poca adherencia

Propia enfermedad actualmente en este contexto de pandemia hace que sea difícil de cumplir con la terapéutica ya que muchos pacientes no pueden acudir a un centro de salud

### **Del paciente**

Pacientes que sienten mejoría al pasar la fase aguda con el tiempo sienten mejoría y suspenden la medicación porque piensan que ya no es necesario,

La falta de adherencia también se da en personas que tiene algún tipo de componente psiquiátrico sea demencia o depresión y estos paciente en falla cardíaca son de edad avanzada y presentan estos muchas patologías asociadas ya que no se pueden valer por sí mismos para cumplir su medicación

### **Del tratamiento**

Un tratamiento complejo ya relacionado a otras comorbilidades y si el paciente toma varias pastillas para corregir los factores de riesgo poco cumplirá ya que es más Fácil tomar 3 pastillas que tomar más de seis así mismo es importante informar al paciente y cuidador como actúa e interviene su medicación las ventajas y posibles efectos adversos cuando se discontinúa la medicación

### **Socioeconómicas**

Pacientes que no cuentan con un seguro en salud y si tiene que comprar las pastillas por el gasto económico que implica muchas veces hace que no se cumpla con la medicación y con ello no hay buena adherencia.

## **CONTINUIDAD ASISTENCIAL**

Los pacientes que son dados de alta deberían irse ya educado en puntos de cumplimiento de medicación, una dieta adecuada con restricción líquida diaria, ejercicio, la continuidad de medicamentos que controlan los factores de riesgo así como seguimiento médico.

## **FALLA CARDIACA**

Aproximadamente 26 millones de personas en el mundo padecen en este momento falla cardiaca.<sup>31, 32</sup>

Prevalencia 1-2% en la población mundial, el riesgo de padecer falla cardiaca es de un 20% a lo largo de la vida.<sup>32, 31</sup>

En general, 60% son HFREF, 24% HFMREF Y 16% HFPEF.<sup>31, 33</sup>

Es un síndrome caracterizado por síntomas y signos secundarios a una alteración en la estructura de la anatomía y por ende la función del corazón que llevara al paciente a un aumento de presiones intracardiacos y/o inadecuado gasto cardiaco al reposo o al ejercicio que se acompañara de un cambio en la estructura funcional miocárdica FE menor a 50, dilatación de cámaras, relación E/E" mayor a 15, hipertrofia de VI, moderada o severa, lesión valvular regurgitante o estenosis moderada a severa.<sup>33, 34</sup>

Esta alteración de la función miocárdica se debe corroborar por aumento de:

- Péptidos natriuréticos , BNP mayor a 35/300, ntproBNP mayor a 125/ 300
- Evidencia objetiva de congestión pulmonar o congestión sistémica sea por imágenes (radiografía de tórax o presión de llenado por eco)
- Medidas hemodinámicos por swan g. en reposo o ejercicio.<sup>33,31</sup>

ESTADIOS:

### **ESTADIO A:**

Pacientes con riesgo de falla cardíaca, pero no presentan síntomas ni signos ni marcadores de falla o genéticos de enfermedad pero que si tienen comorbilidad asociada como HTA, CVD, DM, pacientes que reciben tratamientos con medicamentos cardiotoxicos.<sup>31</sup>

### **ESTADIOS B**

Pre falla cardíaca son los pacientes sin signos ni síntomas de falla cardíaca pero se evidencia.<sup>31, 32</sup>

- Alteración estructural como hipertrofia de ventrículo izquierdo, dilatación de cavidades enfermedad valvular
- Función cardíaca anormal evidenciada por ecocardiograma función sistólica o diastólica, aumento de presiones de llenado
- Elevación de biomarcadores cardíacos.

### **ESTADIOS C**

Pacientes con falla cardíaca con síntomas presentes en la actualidad o previos de ICC causada por: <sup>31,32</sup>

- Alteración estructural o funcional cardíaca.
- Falla cardíaca de remisión
- Falla cardíaca persistente

### **ESTADIO D**

Falla cardíaca avanzada, los pacientes presentaran signos y síntomas severos al reposo, hospitalizaciones recurrentes con terapia medica optima refractaria o intolerante a la misma, <sup>31,32</sup>

Acá se debe considerar el tratamiento de soporte medico con asistencia de ECMO, IMPELLA como terapia de soporte para trasplante cardíaco, así como cuidados paliativos.<sup>31, 32</sup>

## **CLASIFICACIÓN DE FALLA CARDIACA SEGÚN LA FEVI**

Según la fracción de eyección tenemos 4 estadios:<sup>31</sup>

- Falla cardiaca fracción de eyección reducida: FEVI menor igual a 40%
- Falla cardiaca FEVI levemente reducida: FEVI 41-49%
- Falla cardiaca FEVI preservada: FEVI mayor a 50%
- Falla cardiaca FEVI mejorada aquella q tenía una FEVI reducida y en un nuevo control mejoro mayor a 40%

Siempre apoyar la sospecha clínica: electrocardiograma, péptidos natriuréticos, radiografía de tórax, electrolitos, función hepática y renal, TSH y hemograma; el ecocardiograma tratorácico, es clave (etiología y fenotipo)<sup>33,34,31</sup>

## **PRESENTACIÓN CLÍNICA**

### **SOBRE CARGA DE VOLUMEN**

- Disnea
- Edema Periférico
- Dolor Abdominal
- Ascitis
- Nicturia, Oliguria

### **DISFUNCION CARDIACA**

- Fatiga
- Debilidad Muscular
- Alteración Del Estado De Conciencia
- Alteraciones Respiratorias
- Caquexia

### **SEVERIDAD:**

- Taquicardia en reposo, presión de pulso estrecha, diaforesis y vasoconstricción periférica

### **TRATAMIENTO:**

- Disminución de la sintomatología
- HFpEF

- Manejo etiológico de las comorbilidades
- Disminución de la mortalidad
- HFrEF
- Manejo etiológico y de comorbilidades.
- Terapia modificadora de la enfermedad

#### PRIMERA LÍNEA:

- inhibidor del RAAS
- BB
- Hidralazina+ dinitrato(intolerancia a inhibidores del RAAS)
- SEGUNDA LÍNEA:
- Espironolactona.

#### SEGUNDA LÍNEA:

- Ivabradina
- Hidralazina + dinitrato
- Dapaglifozina
- CUARTA LINEA:
- Digoxina.

#### **TERAPIA MÉDICA ÓPTIMA:** <sup>31,34</sup>

Existen muchos estudios para manejo de falla cardiaca en donde se trató de combinar fármacos para poder lograr una buena terapia los cuales en la última guía de falla cardiaca evaluaron estos fármacos para poder darle al paciente una mejor intervención:

- ARNI
- BB
- MRA
- ISGLT2

Estos cuatro grupos son los que se debe usar en falla cardiaca en forma conjunta, en forma escalonada hasta encontrar tolerancia adecuada.<sup>31</sup>



La terapia médica óptima implica tratamiento para aliviar los síntomas:

- Hidralazina más dinitrato de isosorbide en pacientes con clase funcional de NYHA III-IV, en taza negra
- Diuréticos de asa como las tiazidas, acetazolamida, para mejora la congestión
- Digoxina en pacientes con fibrilación acá también se considere que si el paciente presenta fibrilación se debe de anti coagular e incluso pensar en ablación
- Reemplazo de hierro, la mayoría de pacientes van a cursar con anemia por lo que es importante su estudio y suplementación con hierro carboximaltosa
- Cardioresincronización en caso de fibrilador asintomáticos con QRS ancho
- Cardiofibrilación para prevenir la muerte súbita en cardiopatía isquémica.
- Terapia de resincronización.
- Vericiguat en pacientes con FEVI reducida.

La terapia optima no solo va seguido de una terapia farmacológica sino también de intervenciones como:<sup>30, 33,31</sup>

- Programa de ejercicios
- Vacunación
- Cuidados paliativos: donde se ve la supervivencia, en las etapas finales de enfermedad para poder dar calidad de vida
- la terapia puente a trasplante cardiaco

### **2.3 Definición de términos básicos**

**FALLA CARDIACA.** Conjunto de signos y síntomas más asociación de signos ecocardiográficos de congestión.<sup>31</sup>

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.** Paciente comprometido en su medicación en la toma y cuidado adicional para evitar recaída. <sup>30</sup>

**ESCALA DE NYHA:** clasificación de la clase funcional relacionada con la dificultada para respirar según valoración de la Asociación Americana Del Corazón. <sup>31</sup>

**FEVI:** fracción de eyección del ventrículo izquierdo.<sup>33</sup>

**POLIFARMACIA:** mayor a 3 medicamentos.<sup>32</sup>

**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:** son el conjunto de enfermedades crónicas asociadas.<sup>32</sup>

**REINGRESO:** es la hospitalización posterior a un ingreso hospitalario previo durante el año.<sup>31,32</sup>

**FACTOR SOCIO DEMOGRÁFICA:** adulto mayor independiente de la edad, el grado de instrucción o analfabetismo.<sup>30</sup>

**ESTRATO SOCIO ECONÓMICO:** clasificación de cantidad de dinero para un subsidio.<sup>30</sup>

**FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR:** el personal de salud a cargo de la atención así como del equipo paramédico que la conforma, son los encargados de mantener una estrecha relación con el usuario de tal forma que se cree un vínculo de confianza y se refuerce la atención medica .<sup>30,32</sup>

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de hipótesis

La mala adherencia a terapia médica está relacionada a reingresos hospitalarios en pacientes con falla cardíaca en el Hospital Nacional Hipólito Únanue en los años 2022 a 2023

Los pacientes con ICC que tienen buena adherencia terapéutica tienen menores episodios de reingreso hospitalario en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los años 2022 a 2023

Los pacientes que cuentan con mayor tasa de reingreso son los que presentan mayores factores sociodemográficos que aquellos que no la cuentan en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los años 2022 a 2023

Los pacientes con ICC que presentan intervención familiar son los que presentan mayor adherencia terapéutica a diferencia de los pacientes que no cuentan con familiares o grupos de apoyo en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los años 2022 a 2023.

Los pacientes que tienen poco seguimiento son los que tiene más episodios de reingreso hospitalario a diferencia de los pacientes que se les hace seguimiento continuo en el Hospital NHU en los años 2022 a 2023

### 3.2 VARIABLES Y SU DEFINICIÓN OPERACIONAL

**Variable dependiente:** Adherencia al tratamiento

**Variable independiente:**

- Falla cardíaca
- Factores socio demográficos (edad, sexo, estado civil, religión, residencia, educación, ingreso familiar)

- Factores personales (comorbilidades, conocimiento sobre falla cardiaca, clase funcional de NYHA, historias de hospitalización, auto eficacia y soporte social )

VARIABLE	DEFINICION	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIA Y SUS VALORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Adherencia al tratamiento medico	Cumplimiento de tratamiento médico instaurado en un tiempo determinado,	Cualitativa	Presencia de cumplimiento a la terapéutica medica instaurada en la última consulta	Nominal	Sí No	Aplicación de la prueba de Morinsky-Green
Reingreso hospitalario	Ingreso hospitalario por emergencia que llevara a la hospitalización por descompensación en un lapso de tiempo menos a 1 año	cuantitativa	% de reingresos con diagnóstico de falla cardiaca en el último año.	razón	1 al año > a 2 veces al año	historia clínica
Falla cardiaca crónica	Paciente con alteración de la estructura cardiaca que resultara en signos congestión cardiaca	Cualitativa	% de pacientes con signos y síntomas de congestión atribuible a ICC	nominal	Compensada Descompensada	Historia clínica
Edad	Tiempo desde el nacimiento hasta un punto en el tiempo	cuantitativo	La muestra está compuesta según grupos de comprendida desde los 18 años hasta 90 años	ordinal	< de 30 años 30-50 años 51- 74 años > 74 años	Historia clínica
Sexo	Aspecto anatómico de ser varón o mujer en el ser humano	Cualitativa	% de pacientes según genero	Nominal	Masculino femenino	Historia clínica
Estado civil	Estado civil de la persona	Cualitativa	% de pacientes según estado civil	Nominal	Soltero Casado Conviviente Separado viudo	Historia clínica
Residencia	Área donde vive el paciente en relación a la cercanía o acceso de salud	Cualitativa	% de pacientes según lugar de residencia	nominal	Rural Marginal Urbano	Historia clínica
Nivel educativo	Nivel de escolaridad que alcanzo el paciente	Cualitativa	% de pacientes según nivel educativo	ordinal	Analfabeto Primaria	Historia clínica

					Secundaria Superior	
Ingreso familiar	Cantidad ingreso mensual	cuantitativa	% de pacientes que cuentan con un ingreso estable al mes	ordinal	< 900 soles 900- 1500 >1500 soles	Historia clínica
Comorbilidades	Enfermedades crónicas asociados a la enfermedad	cuantitativa	Factores de riesgo que agravan enfermedad (HTA, DM. OBESIDAD, ERC. FUMADOR. )	razón	HTA DIABETES OBESIDAD ENFERMEDAD REAL ENFERMEDAD ENDOCRINOL OGICA	Ficha de recolección de datos
Conocimiento de IC	Conocimientos adquiridos sobre falla cardiaca	cualitativa	Información adquirida de enfermedad que presenta actualmente	nominal	Si no	Ficha de recolección de datos
Clase funcional	Clasificación de la asociación americana de cardiología que clasifica la falla cardiaca	cualitativa	Condición basal del paciente al momento de ingreso	ordinal	CF I CF II CF III CF IV	Historia clínica
Historia de hospitalización	Numero de hospitalizaciones al año	cuantitativa	Porcentaje de ingresos por la misma enfermedad en años	Razón	1 vez al año 2 veces al año >3 veces al año	Ficha de recolección de datos
Auto eficacia	Actividades diarias que realizan las personas por cuenta propia	cualitativa	Condición del paciente de autosuficiencia en su atención	Nominal	Dependiente Independiente Parcialmente dependiente Totalmente dependiente	Aplicación de prueba kats
Soporte social	Si cuenta con apoyo de una institución a cargo del paciente	cualitativa	Presencia de familiares o institución a cargo de paciente	nominal	Si no	Ficha de recolección de datos

			que viven solos o en condiciones precarias			
Cercanía a hospital	Condición que permite acceder con facilidad a un centro hospitalario	cualitativa	Condición que permite el acceso a salud	Nominal	Si no	Ficha de recolección de datos
Proporción de contar sis	Estado de la persona en recibir un servicio de salud gratuito	cualitativa	Acceso a una atención gratuita especializada	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 1.1 Diseño metodológico

**El enfoque:** será un estudio cuantitativo, porque estos datos serán procesados mediante técnicas y herramientas estadísticas que se cuantificaran para evaluar la cantidad de pacientes que reingresan al HNHU en el periodo 2022 -2023 con el diagnóstico de falla cardiaca descompensada que presentan relación con factores asociados a mala adherencia terapéutica.

#### **El tipo y diseño parámetros:**

##### **Según la intervención del investigador:**

Tipo observacional, se realizará una revisión de historias clínicas que han sido registradas en el cuaderno de hospitalización del servicio de cardiología, unidad coronaria y emergencia, en el periodo 2022 - 2023, de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca descompensada, una vez recopilada los datos se aplicara según lo consignado en las historias clínicas la prueba de Morinsky-Green y la ficha de evaluación en falla cardiaca.

##### **Según el alcance el estudio:**

Es analítico; al recopilar los datos se intenta demostrar los factores con mayor asociación a reingreso de pacientes con diagnóstico de ICC y con ello determinar los puntos a reforzar en los posteriores controles.

##### **Según el número de mediciones de las variables:**

Es de tipo transversal cohorte única que determinara la asociación de las diferentes variables que relacionan la mala adherencia terapéutica como factor relacionado a reingreso hospitalario en un periodo de tiempo.

##### **Según el momento de recolección de datos:**

Es de tipo retrospectivo, se revisará las historias clínicas en un tiempo dado según el cuaderno de ingresos y egresos de hospitalización y emergencia con el fin obtener una relación de pacientes que reingresaron con los diagnósticos de estudio y según las variables se identificarán para con ello clasificarlos en qué clase



funcional se encuentran y según los factores de riesgo ver los determinantes de mala adherencia

## **4.2 Diseño maestro**

### **Población universo**

Todos los pacientes que ingresaron al servicio de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los periodos 2022 -2023 con el diagnóstico de falla cardiaca.

### **Población de estudio**

Pacientes con tratamiento de falla cardiaca que reingresaron a hospitalización por emergencia o consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue por descompensación de ICC comprendidas entre las edades de 18 y 75 en los periodos 2022-2023.

### **Criterios De Elegibilidad**

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes entre las edades de 18 a 75 años que reciban tratamiento para falla cardiaca crónica y se realicen su control en el servicio de cardiología en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los años 2022 y 2023.
- Pacientes que registren mayor a un reingreso hospitalario sea por emergencia, consulta externa debido a descompensación de falla cardiaca menos a 1 año.

#### **Criterios de exclusión**

- aquellas historias que consignen datos incompletos, diagnóstico diferente a falla cardiaca y pacientes diagnosticados por primera vez falla cardiaca aguda.

### **Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra será censal, se tomará en cuenta todos los pacientes que tengan el diagnóstico de falla cardiaca descompensada que reingresaron al Hospital Nacional Hipólito Unanue en los periodos 2022 – 2023.

## **Muestreo o Selección de la muestra**

Se trabajará con la totalidad de elementos que forman parte del universo (población)

### **4.3 Técnicas de recolección de datos**

Se realizará una revisión del cuaderno de registro de hospitalización y emergencia de pacientes que hayan ingresado con Falla Cardíaca en los periodos de estudio, con ellos se recopilarán las historias clínicas y se seleccionarán aquellas historias clínicas con los datos completos que reúnan los criterios de inclusión y exclusión, se llenará la ficha de datos más la prueba de validación de Morinsky G.

### **Instrumento de recolección de datos y medición de variables**

Para recolectar los datos de adherencia se usará la prueba de validación de 8 ítems de Morinsky Green, es un instrumento sensible que se usa para detectar a los pacientes que no cumplen con terapia médica.<sup>35</sup>

La información se recolectará en un Excel (ficha de adherencia y falla cardíaca) que fue elaborada por la autora del proyecto, cuenta con varios ítems identificación del paciente, cumplimiento de medicación, cantidad de ingresos al hospital en el último año, para su elaboración se tomó en cuenta las variables a estudio de la forma que sea simple al ser llenada, para su validación se tomará en cuenta una revisión por dos expertos en el tema.

La recolección de datos será realizada por la autora; se realizará una revisión sistemática de las historias clínicas identificando aquellos pacientes que reingresaron con diagnóstico de ICC y se aplicará la prueba de Morinsky Green.

### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Posterior a la recolección de datos se elaborará una base de datos en Excel versión 2013 donde llevará el nombre del proyecto y el lugar de intervención.

Para la elaboración de los datos de base se usarán las variables en estudio que se encuentran en la ficha de falla cardíaca y test de Morisky Green, luego de llenar

esta base haremos un control de calidad con la finalidad de detectar datos erróneo o faltantes, y con ellos realizaremos el procesamiento en el programa estadístico SPSS-27

Para analizar de asociación de los factores determinantes de adherencia terapéutica que ocasionan reingreso se aplicará la prueba Chi-cuadrado a un nivel de significancia P-valor menor de 0.05. En cuanto a las variables cualitativas se realizarán tablas y gráficos de distribución de frecuencias.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Para la realización de esta investigación solicitaremos permisos a las áreas correspondientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue. La unidad muestral es la revisión sistematizada de historias clínicas por lo tanto no será necesario la firma de consentimiento informado ya que las historias a revisar tienen un diagnóstico y fueron reportadas y subidas a un sistema de datos del mismo hospital.

El uso de la información de datos de los pacientes será sujeta a resguardo de la confidencialidad y privacidad respetando el derecho a la integridad del paciente, para lo cual el proyecto será revisado por el comité de ética e investigación de la USMP y HNHU.

Se respetará los lineamientos de la ética médica y el anonimato de información obtenida de los pacientes en investigación.

## CRONOGRAMA

MESES FASES	Mayo	junio	Julio	agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Aprobación Del Proyecto De Investigación	X						
Recolección De Datos		X	X				
Procesamiento Y Análisis De Datos			X	X			
Elaboración De Informe					X		
Corrección de informe						x	
Aprobación de trabajo							X
Publicación de trabajo							X

## PRESUPUESTO

CONCEPTO	MONTO ESTIMADO (SOLES)
Material de escritorio	100
Soporte especializado	500
Impresión	500
Logística	1000
Traslado y refrigerio	2000
<b>TOTAL</b>	<b>3500</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sayago silva , F. García- López, J. Segovia Cubero epidemiología de la
2. insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *revcardiolol*, 66 (2013) pp 647-656
3. Oficina De Epidemiología Y Salud Ambiental Website: [www.hnhu.gob.pe](http://www.hnhu.gob.pe)
4. Crespo-Leiro MG, Metra M, Lund LH, et al. Advancedheartfailure: A position statement of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J HeartFail*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1002/ejhf.1236>.
5. Adams KF Jr, Fonarow GC, Emerman CL, et al. Características y resultados de los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca en Estados Unidos: justificación, diseño y observaciones preliminares de los primeros 100.000 casos del Registro Nacional de Insuficiencia Cardíaca Aguda Descompensada (ADHERE). *Am Heart J* 2005; 149: 209-216.
6. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jamenson JL, Loscalzo J. Harrison: principios de medicina interna. 18 ed. México: Mc Graw Hill. 2012
7. Kumbhani DJ, Fonarow GC, Schulte DL, Hernandez A, Yancy C, Bhatt DL. Associationbetween hospital volume, processes of care, and outcomes in patients admitted with heart failure. *Circulation* [en línea]. 2018 Abr [citado 20 Mar 2018]; 137 (6): 00
8. Komajda M, Cowie MR, Tavazzi L, Ponikowski P, Anker SD, Filippatos GS, et al. Physicians' guideline adherence isassociated with better prognosis in 32 out patients with heart failure with reduce dejection fraction: the QUALIFY internationalregistry. *Europeanjournal of heartfailure* 2017; 19(11):1414-1423.
9. YousefAyatolahi,MD The Early Readmission Risk Identification For Hospitalized Older Adults With Descompensated Heart Failure research in gerontological nursing abril 2011
10. Todd M. Ruppap, PhD Medication Adherence Interventions Improve Heart Failure Mortality and Readmission Rates: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials Heart Failure Adherence Interventions DOI: 10.1161/JAHA.115.002606
11. Jia-RongWu, PhD, RN Medication Adherence Mediates The Relation ship Between Heart Failure Symptoms And Cardiac Event-Free Survival In Patients With Heart Failure *J Cardiovasc Nurs*. Author manuscript; available in PMC 2019 January 01

12. Marc Klapholz, MD. et al Hospitalization For Heart Failure In The Presence Of A Normal Left Ventricular Ejection Fraction: Results Of The New York Heart Failure Registry VOLUMEN 43, NUMERO 8 21 DE ABRIL DE 2004 PAGINAS 1432- 1438
13. Paula Martinez Santos Mortalidad Hospitalaria Y Reingresos Por Insuficiencia Cardiaca En España Un Estudio De Los Episodios Índice Y Los Reingresos Por Causa Cardiaca en España a los 30 días y Al Año Instituto Cardiovascular Hospital Clínica San Carlos Madrid España *Revesp Cardiol* 2019; 72 (12); 998-1004
14. Andressa Freitas da Silva La adherencia al tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca acompañados de enfermeras en dos clínicas especializadas *Rev. Latino-Am. Enfermagem* sept.-oct. 2015;23(5):888-94 DOI: 10.1590/0104-1169.0268.2628.
15. Ana Gudelia Huamán Guerra Asociación entre el cumplimiento y adherencia al tratamiento con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica *Enferm Cardiol.* 2019; 26 (78): 74-81
16. Fernando Rodrigues Artalejo Epidemiología De La Insuficiencia Cardiaca Departamento De Medicina Preventiva Y Salud Publica Universidad Autónoma De Madrid *Revesp Cardiol* 2004; 57 (2): 163-70
17. 2022 AHA/ACC/HFSA Guide line for the Management of Heart Failure A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines.
18. Wong Cy, Chaudhry Si, Desai Mm Y KrumholzHm : "Tendencias En Comorbilidad, Discapacidad Y Polifarmacia En Insuficiencia Cardíaca" . *Am J Med* 2011 ; 124 : 136.
19. Ingvild Margreta Morken Post hospitalization Follow-Up Of Patients With Heart Failure Using health Solutions: Restricted Systematic Review *J Med Internet Res* 2022 | Vol. 24 | Iss. 2 | E32946 | P. 1-20.
20. Aemiro Baymot<sup>1</sup> , Debela Gela<sup>2\*</sup> and Tadesse Bedada<sup>2</sup> Adherenceto Self-Care Recommendations And Associated Factor Samong Adult Heart Failure Patients In Public Hospitals, Addis Ababa, Ethiopia, 2021: cross-sectional Study *BMC Cardiovascular Disorders* (2022) 22:275 <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02717-3>
21. Sofía Teresa Valdés Castro; Mario Damián Gómez Noriega: Adherencia Al Tratamiento En La Insuficiencia Cardiaca Y Su Relación Con La Morbimortalidad.

Hospital Del Seguro Social De Guayaqui Volumen. 3, N° 5, Diciembre 2019 – Mayo 2020.

22. Carolina Hernández-Pinzón, y Magda L. Flórez-Flórez Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardiaca y las tecnologías de la información y la comunicación b0120-5633/© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.07.001>
23. Sergio Vicente-Sánchez , Raquel Olmos-Jiménez , Cristina Ramírez-Roig , María José García-Sánchez , Manuel Valderrey-Pulido , Amelia de la Rubia-Nieto: Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Mayores De 65 Años Que Sufren Reingresos Precoces Farmacia Hospitalaria 2017 | Vol. 42 | N° 4 | 147 - 151 |
24. ChoKaiWu, Jyh Ming Jimmmy Juang, Jiun Yang Chiang, YiHeng Li. Chia Ti Tsai And Fu Tien Chiang The Taiwan Heart Registries Its Influencer On Cardiovascular Patient Care J Am Coll Cardiol 2018 Mar, 71 (11) 1273- 1283
25. Grangerbradi B, Ekman I, Hernadezaf, Et Al Results Of The Chronic Heart Failure Intervention To Improve Medication Adherence Studyammericanheartjournal Volumen 169, Issue , April 2015 Pages 539.548
26. Lingyun Lu Pharm D Msc , Cynthia A, Jacke vicius impact Of Failure Post discharge Management Clinic On Medication Adherence Clinical Therapeutics Volumen 39 Issue June 2017 Pages 1200-1209.
27. Mohammed Assen Seidid, Ousmanabubeker Abdela , Ejigugebeye Zeleke Adherence To Self-Care Recommendations And Associated Factors Among Adult Heart Failure Patients. From The Patients' Point Of View Plos One | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211768> February 7, 2019
28. Federico Rea, Annamariaiorio , Giulia Barbatì , Riccardo Bessi C , Matteo Castrichini C , Vincenzo Nuzzi C , Arjuna Scagnetto C , Michele Senni D , Giovanni Corraoa,B , Gianfranco Sinagra C , Andrea Di Lenarda Patient Adherence To Drug Treatment In A Community Based-Sample Of Patients With Chronic Heart Failure International Journal Of Cardiology 349 (2022) 144–149
29. Organización Mundial De La Salud Adherencia A Los Tratamientos A Largo Plazo Paho.Org.2004 [Http: Www.Paho.Org](http://www.paho.org)
30. Javier González-Bueno, María Dolores Vega-Coca, Aitana Rodríguez-Pérez María Dolores Toscano-Guzmán Intervenciones Para La Mejora De La Adherencia Al

Tratamiento En Pacientes Pluripatológicos: Resumen De Revisiones Sistemáticas.  
Published Online 2015 Jun 9. Spanish. Doi: 10.1016/J.Aprim.2015.02.012

31. Domingo Orozco-Beltrán, Concepción Carratalá- Munuera, Vicente Gil-Guillén, Improving Treatment Adherence: One Of The Most Effective Ways Of Increasing Patient Survival In Secondary Prevention Vol. 15. Núm. S5. El Policomprimido Cardiovascular: Una Herramienta Para Mejorar La Prevención Cardiovascular Páginas 12-18 (Noviembre 2015) Departamento De Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, San Juan De Alicante, Alicante, España.
32. 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. Jacc Vol. 79, No. 17, 2022 May 3, 2022:1757 – 1780
33. Fernando Rodríguez-Artalejo, José R. Banegas Banegas Y Pilar Guallar-Castillón. Epidemiología De La Insuficiencia Cardíaca. Rev Esp Cardiol 2004;57(2):163-70
34. Mariana Vieira De Oliveira Bello Orcid, Fernando Bacal. Heart Failure – Pathophysiology And Current Therapeutic Implications. Revista Internacional De Ciencias Cardiovasculares. 29/Sep/2020;33(5):439-46.
35. Eva M. Boorsma, Jozine M. Ter Maaten, Kevin Damman, Wilfried Dinh, Finn Gustafsson<sup>4</sup>, Steven Goldsmith<sup>5</sup>, Daniel Burkhoff<sup>7</sup>, Faiez Zannad, James E. Udelson And Adriaan A. Voors. Congestion In Heart Failure: A Contemporary Look At Physiology, Diagnosis And Treatment. University Of Groningen, Department Of Cardiology, University Medical Center Groningen, Netherlands. Nature Reviews | Cardiology. <https://doi.org/10.1038/S41569-020-0379-7>
36. Domingo Orozco-Beltrán Concepción Carratalá-Munuera Y Vicente Gil-Guillén Improving Treatment Adherence: One Of The Most Effective Ways Of Increasing Patient Survival In Secondary Prevention. 1131-3587/ © 2015 Sociedad Española De Cardiología. Publicado Por Elsevier España,



## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
<p>¿Cuáles son los factores que se asocian a reingreso por mala adherencia a la terapia médica, en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los Años 2022-2023</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>Determinar los factores que se asocian a adherencia de terapia medica como determinante de reingreso en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los Años 2022-2023</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>Determinar que el factor sociodemográfico es un factor de reingreso por mala adherencia a terapia medica en pacientes con falla cardiaca.</p>	<p>La mala adherencia a terapia médica está relacionada a reingresos hospitalarios en pacientes con falla cardiaca en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los años 2022 a 2023</p> <p>Los pacientes con ICC que tienen buena adherencia terapéutica tienen menores episodios de reingreso hospitalario en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los años 2022 a 2023</p> <p>Los pacientes que cuentan con mayor tasa de reingreso son los que presentan mayores factores sociodemográficos que aquellos que no la cuentan en el Hospital</p>	<p>Diseño: observacional, cohorte, analítico, correlacional.</p>	<p><b>POBLACION DE ESTUDIO:</b></p> <p>Pacientes con tratamiento de falla cardiaca que reingresaron a hospitalización por emergencia o consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue por descompensación de ICC comprendidas entre las edades de 18 y 75 en los periodos 2022-2023</p> <p><b>PROCESAMIENTO DE DATOS:</b></p> <p>Posterior a la recolección de datos se elaborará una base de datos en Excel versión 2013 donde llevara el nombre del proyecto y el lugar de intervención.</p> <p>Para la elaboración de los datos de base se usaran las variables en estudio que se</p>	<p>Ficha de adherencia de falla cardiaca</p>

	<p>Determinar la relación entre los factores: edad, sexo grado de instrucción esquema terapéutico con la adherencia terapéutica en pacientes con falla cardiaca que reingresan a hospitalización del HNUH.</p> <p>Determinar si la falta de seguimiento del paciente en un factor determinante que condiciona a reingreso hospitalario por mala adherencia al tratamiento medico</p>	<p>Nacional Hipólito Unanue en los años 2022 a 2023</p> <p>Los pacientes con ICC que presentan intervención familiar son los que presentan mayor adherencia terapéutica a diferencia de los pacientes que no cuentan con familiares o grupos de apoyo en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los años 2022 a 2023.</p> <p>Los pacientes que tienen poco seguimiento son los que tiene más episodios de reingreso hospitalario a diferencia de los pacientes que se les hace seguimiento continuo en el Hospital NHU en los años 2022 a 2023</p>		<p>encuentran en la ficha de falla cardiaca y test de Morisky Green , luego de llenar esta base de datos haremos un control de calidad con el fin de detectar datos erróneo o faltantes, y con ellos realizaremos el procesamiento en el programa estadístico SPSS-27</p>	
--	--	---	--	---	--

## 2. Instrumentos de recolección de datos

### 2.1 CUESTIONARIO MORISKY-GREEN DE OCHO ÍTEMS (MMAS-8).<sup>35</sup>

	No (1); Sí (0)
1. algunas veces olvida de tomar los medicamentos para falla cardiaca	
2. En los últimos 14 días, se saltó de tomar sus pastillas	
3. Cuándo se siente mal, deja de tomar su medicamento	
4. Cuando está lejos de casa (viaje, trabajo), ¿se olvida a veces de llevar consigo su medicamento?	
5. ¿ayer tomó su medicamento para falla cardiaca?	
6. Cuando se siente bien ¿decide abandonar la toma de su tratamiento?	
7. ¿se siente presionado de seguir su tratamiento para falla cardiaca?	
8. Tiene dificultad para recordar de tomar su medicación de falla cardiaca?: nunca (1); rara vez (3); algunas veces (2); habitualmente (1) o siempre (0)	
Total	
< 6: adherencia baja; 6-7: adherencia media; > 7: adherencia alta.	

## 2.2 FICHA DE ADHERENCIA Y FALLA CARDIACA

APELLIDOS Y NOMBRES:			
EDAD	GENERO	Masculino	femenino
N° DE HISTORIA:	PERSONA RESPONSABLE N° CELULAR	N° DNI:	
GRADO DE INSTRUCCIÓN: Analfabeto ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )	OCUPACION	INGRESO FAMILIAR < 900 soles 900- 1500 >1500 soles	
	CUENTA CON UN SEGURO: SIS: ESSALUD: OTRO: NO TIENE SEGURO:		
DIRECCION (REFERENCIA AL HOSPITAL):			
ANTEDECENTES MEDICOS:			
ULTIMO CONTROL POR CONSULTA EXTERNA;			
ULTIMA VEZ QUE FUE HOSPITALIZADA Y CON QUE DIAGNOSTICO:	HISTORIA DE HOSPITALIZACIÓN 1 vez al año 2 veces al año >3 veces al año		
CLASE FUNCIONAL CF I CF II CF III CF IV	ESTADO BASAL DEL PACIENTE: Dependiente Independiente Parcialmente dependiente Totalmente dependiente	ANTECEDENTES MEDICOS: HTA DM ACV ERC OTROS:	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS	ULTIMA VEZ QUE TOMO MEDICACION: A) ESTA SEMANA B) LOS ÚLTIMOS QUINCE DÍAS C) ESTE MES		