

Artículo original

Efectividad de un programa educativo en la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca

Rosalynn Denisse Bazán Gallardo^{1,a}, Rolando Germán Gutiérrez Palomares^{1,b}, Mirian Marita Torres Grabiell^{1,a}, Betty Beatriz Lozada Arenas^{1,a}, Gaury Fabiola Quispe Peña^{1,a}Recibido: 12 de diciembre de 2025
Aceptado: 16 de marzo de 2026
En línea: 30 de marzo de 2026

Filiación de los autores

¹ Instituto Nacional Cardiovascular
Carlos Alberto Peschiera Carrillo,
Lima, Perú.^a Licenciada en enfermería,
especialista en enfermería en
cardiología.^b Licenciado en enfermería,
especialista en enfermería en
cardiología.

Correspondencia

Rosalynn Denisse Bazán Gallardo.
Instituto Nacional Cardiovascular
Carlos Alberto Peschiera Carrillo,
Lima, Perú.

Correo

angel_23509@hotmail.com

Fuente de financiamiento

Autofinanciado.

Conflictos de interés

Ninguno.

Citar como

Bazán RD, Gutiérrez RG, Torres MM,
Lozada BB, Quispe GF. Efectividad
de un programa educativo en la
adherencia terapéutica y la calidad
de vida en pacientes con insuficiencia
cardíaca. Arch Peru Cardiol Cir Cardio-
vasc. 2026;7(1):27-34. doi: 10.47487/
apcyccv.v7i1.594.Esta obra tiene una licencia de
Creative Commons Atribución
4.0 Internacional

RESUMEN

Objetivo. Determinar la efectividad de un programa educativo en la adherencia terapéutica, la calidad de vida y la satisfacción del paciente con insuficiencia cardíaca atendido en el consultorio de enfermería. **Materiales y métodos.** Estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo realizado en 42 pacientes atendidos en el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR-EsSalud). La intervención incluyó cinco sesiones educativas presenciales. La adherencia terapéutica se evaluó mediante la prueba de Morisky-Green y la calidad de vida con el Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), antes y después de la intervención. La comparación pre-post se realizó con la prueba de McNemar. **Resultados.** En 42 pacientes, la adherencia basal según Morisky-Green fue del 47,6% (20/42) y del 83,3% posintervención (35/42) (McNemar $p=0,001$). En la matriz pareada, 18 pasaron de no adherente a adherente y 3 de adherente a no adherente. En el MLHFQ, la categoría «buena» fue del 26,2% al basal (11/42) y del 69,1% posintervención (29/42); la categoría «mala» pasó del 7,1% (3/42) al 0%. El 100% reportó alta satisfacción. **Conclusiones.** El programa educativo liderado por enfermería se asoció con una mejora significativa en la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Asimismo, los participantes reportaron altos niveles de satisfacción con la intervención educativa y la atención recibida. Estos hallazgos sugieren que el programa constituye una estrategia viable y aceptada para fortalecer el autocuidado en esta población.

Palabras clave: Insuficiencia Cardíaca; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Calidad de Vida; Educación en Enfermería (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Effectiveness of an educational program on adherence and quality of life in patients with heart failure

Objective. To determine the effectiveness of an educational program on therapeutic adherence, quality of life, and satisfaction in heart failure patients treated at the nursing clinic. **Materials and methods.** A quasi-experimental, longitudinal, and prospective study was conducted with 42 patients treated at the National Cardiovascular Institute (INCOR-EsSalud). The intervention included five in-person educational sessions. Therapeutic adherence was assessed using the Morisky-Green test, and quality of life was assessed using the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) before and after the intervention. Pre-post comparisons were performed using McNemar's test. **Results.** In 42 patients, adherence according to the Morisky-Green test was 47.6% at baseline (20/42) and 83.3% post-intervention (35/42) (McNemar $p=0.001$). In the paired matrix, 18 patients improved from non-adherent to adherent, and 3 improved from adherent to non-adherent. In the MLHFQ, the "good" category was 26.2% at baseline (11/42) and 69.1% post-intervention (29/42); the "poor" category decreased from 7.1% (3/42) to 0%. 100% reported high satisfaction. **Conclusions.** The nurse-led educational program was associated with a significant improvement in therapeutic adherence and quality of life in patients with heart failure. Participants also reported high levels of satisfaction with the educational intervention and the care received. These findings suggest that the program is a viable and accepted strategy for strengthening self-care in this population.

Keywords: Heart Failure; Treatment adherence and compliance; Quality of Life; Education, Nursing (Source: MeSH-NLM).

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico crónico caracterizado por la incapacidad del corazón para bombear sangre de manera efectiva, produciendo síntomas debilitantes, frecuentes hospitalizaciones y elevada mortalidad ⁽¹⁾. A nivel global, afecta a más de 64 millones de personas y constituye un problema creciente de salud pública ⁽²⁾. En América Latina, su prevalencia continúa en aumento debido al envejecimiento poblacional y la alta carga de hipertensión arterial y diabetes mellitus ⁽³⁾. En Perú, la mortalidad es considerable: 70% durante el primer año y 30% al tercer año tras el diagnóstico, especialmente en adultos mayores ⁽⁴⁾.

La adherencia al tratamiento constituye un pilar fundamental en el manejo de la insuficiencia cardíaca, ya que su adecuada implementación reduce el riesgo de descompensaciones, hospitalizaciones recurrentes y progresión de la enfermedad ⁽⁵⁾. La Organización Mundial de la Salud define la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y adoptar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud ⁽⁶⁾. En pacientes con IC, este concepto es multidimensional e incluye tanto la adherencia farmacológica como la no farmacológica, que abarca conductas como la restricción de sodio y líquidos, el control del peso, la actividad física y el reconocimiento precoz de signos de alarma ⁽⁷⁾. Diversos estudios han reportado niveles subóptimos de adherencia en pacientes con IC, con tasas que oscilan entre el 30% y el 60 %, lo que evidencia una problemática relevante en el manejo de esta enfermedad crónica ⁽⁸⁾. El incumplimiento terapéutico se asocia con múltiples factores sociales, económicos, clínicos y relacionados con el sistema de salud ⁽⁹⁾ y se estima que explica hasta un tercio de las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca ⁽¹⁰⁾. Se considera que la falta de adherencia explica hasta un tercio de las hospitalizaciones por IC ⁽¹¹⁾. Además, la falta de adherencia se vincula con un deterioro significativo de la calidad de vida y un incremento sustancial de los costos sanitarios ⁽¹²⁾.

Si bien la adherencia no farmacológica constituye un componente esencial del manejo integral de la IC, la adherencia al tratamiento farmacológico representa un elemento crítico debido a su relación directa con la estabilidad clínica, la reducción de eventos adversos y la supervivencia ⁽¹³⁾. La evidencia disponible indica que el incumplimiento en la toma de medicamentos cardiovasculares se asocia con un mayor riesgo de descompensación y hospitalización, incluso en pacientes que cumplen parcialmente con las recomendaciones no farmacológicas ⁽¹⁴⁾. Asimismo, la adherencia farmacológica puede ser evaluada mediante instrumentos validados y específicos, lo que permite una medición más objetiva y reproducible en estudios clínicos ⁽¹⁵⁾. La literatura reciente resalta que la adherencia terapéutica no depende exclusivamente del paciente, sino de una interacción compleja de factores individuales, educativos y contextuales ⁽¹⁴⁾. En este contexto, diversas investigaciones han demostrado que las intervenciones educativas dirigidas por enfermería contribuyen a mejorar el conocimiento de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en personas con insuficiencia cardíaca ^(15,16). La educación sanitaria

favorece el reconocimiento temprano de signos de alarma, la toma de decisiones informadas y la adopción de conductas de autocuidado, elementos esenciales para prevenir reagudizaciones y mejorar los resultados clínicos ⁽¹⁷⁾.

En el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), el programa de falla cardíaca desarrolla sesiones educativas estructuradas orientadas al fortalecimiento del autocuidado y de la adherencia terapéutica. Sin embargo, existen limitadas evaluaciones locales que analicen de manera sistemática el efecto de estas intervenciones sobre la adherencia farmacológica y la calidad de vida de los pacientes atendidos en el consultorio de enfermería.

Por ello, el objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad de un programa educativo estructurado en la adherencia al tratamiento farmacológico, la calidad de vida y la satisfacción del paciente con insuficiencia cardíaca atendido en el consultorio de enfermería del INCOR. Los resultados permitirán generar evidencia local aplicable a la práctica clínica y contribuir al diseño de estrategias educativas que optimicen el cuidado integral de los pacientes con IC.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo en el consultorio de enfermería en falla cardíaca del Instituto Nacional Cardiovascular «Carlos Alberto Peschiera Carrillo» (INCOR), en Lima, Perú. La recolección de datos se efectuó entre junio y agosto de 2025.

Población del estudio

La población estuvo conformada por 100 pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida registrados en el aplicativo ENFERMSOFT. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, hemodinámicamente estables, con adecuada capacidad cognitiva, que aceptaron participar de manera voluntaria y completaron las cinco sesiones educativas del programa. Se excluyeron pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada en estado terminal. La muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, conformada por 42 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo de estudio. El tamaño de la muestra estuvo determinado por la disponibilidad de pacientes que completaron las cinco sesiones educativas del programa.

Variables y definiciones

Se analizaron cuatro variables principales.

Adherencia al tratamiento: se evaluó mediante la prueba de Morisky-Green (4 ítems), aplicada en la evaluación basal y posterior a la intervención, registrando como adherentes a los pacientes con puntaje de 4 y como no adherentes a aquellos con puntajes menores.

Calidad de vida relacionada con la salud: se midió mediante el *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*

(MLHFQ), cuyos puntajes van de 0 a 105 y se clasificaron en: buena calidad de vida (0 a 24), afectación moderada (25 a 49), calidad de vida deficiente (50 a 75) y mala calidad de vida (76 a 105). Para el análisis inferencial mediante la prueba de McNemar, estas categorías fueron dicotomizadas en «buena calidad de vida» y «no buena calidad de vida», agrupando en esta última las categorías moderada, deficiente y mala. Esta recategorización permitió comparar los cambios en la proporción de pacientes con buena calidad de vida entre la evaluación basal y posterior a la intervención educativa mediante análisis pareado.

Número de sesiones educativas realizadas: correspondió a la cantidad total de sesiones del programa a las que asistió cada paciente, según registro en ENFERMSOFT, analizándose como variable cuantitativa de razón.

Nivel de satisfacción del paciente: se obtuvo mediante una encuesta estructurada aplicada al finalizar el programa, que evaluó la atención del personal de enfermería, aspectos educativos, seguimiento, instalaciones y opinión global, utilizando una escala Likert de 1 a 4 puntos; el puntaje total se clasificó como alta satisfacción (31 a 40), satisfacción media (21 a 30), baja satisfacción (11 a 20) o insatisfacción (≤ 10).

Instrumentos de medición

La adherencia al tratamiento farmacológico se evaluó mediante la prueba de Morisky–Green, instrumento de autoinforme compuesto por cuatro ítems dicotómicos (sí/no), ampliamente utilizado para medir la adherencia a la medicación en enfermedades crónicas. Este cuestionario ha demostrado adecuada validez de constructo y criterio, así como confiabilidad aceptable, con valores de consistencia interna (KR-20/Cronbach α) reportados entre 0,61 y 0,83 en diversos estudios. La prueba de Morisky–Green ha sido aplicada de forma extensiva en pacientes con insuficiencia cardíaca y otras patologías cardiovasculares, tanto en contextos hospitalarios como ambulatorios, mostrando adecuada capacidad discriminativa entre pacientes adherentes y no adherentes, así como utilidad en programas educativos y de seguimiento clínico⁽¹⁶⁾.

La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó mediante el *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), instrumento específico para pacientes con insuficiencia cardíaca, compuesto por 21 ítems con escala tipo Likert. El MLHFQ ha demostrado alta validez de contenido, constructo y criterio, así como excelente confiabilidad, con valores de consistencia interna reportados superiores a $\alpha = 0,90$. Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en estudios clínicos internacionales y en poblaciones hispanohablantes, mostrando adecuada sensibilidad para detectar cambios en la calidad de vida tras intervenciones terapéuticas y educativas⁽¹³⁾.

En el contexto latinoamericano y peruano, el MLHFQ ha sido aplicado en pacientes con insuficiencia cardíaca

crónica, evidenciando adecuada comprensión, factibilidad de aplicación y capacidad para discriminar distintos niveles de calidad de vida, lo que respalda su pertinencia para la población del presente estudio^(18,19).

En este estudio, ambos instrumentos fueron aplicados en su versión en español, previamente validados y utilizados en la literatura científica. Dado que se trata de herramientas estandarizadas y ampliamente empleadas en investigación clínica, no se realizó un proceso de validación psicométrica local adicional; sin embargo, su aplicación se efectuó en condiciones homogéneas en las evaluaciones pre y posintervención, lo que favorece la consistencia interna de las mediciones y la comparabilidad de los resultados. En la población estudiada (pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en el INCOR, Perú), los instrumentos mostraron adecuada comprensión, aceptabilidad y viabilidad, sin registrarse dificultades durante su administración.

Procedimientos o intervenciones

El programa educativo fue diseñado y ejecutado por enfermeros especialistas en insuficiencia cardíaca del consultorio de enfermería del INCOR, con base en principios de educación para la salud y autocuidado en enfermedades crónicas. La intervención se llevó a cabo de forma presencial y organizada, abarcando un periodo total de cinco semanas consecutivas, con una sesión educativa por semana, sumando un total de cinco sesiones.

Cada sesión tuvo una duración aproximada de 20 a 30 minutos; se realizó en un ambiente destinado a educación sanitaria del consultorio de enfermería y se desarrolló siempre con la participación conjunta del paciente y un familiar o cuidador principal, considerado como parte activa del proceso educativo.

La metodología educativa empleada fue teórico-práctica y participativa, combinando exposición dialogada, demostraciones, resolución de dudas, retroalimentación continua y refuerzo positivo. Se utilizaron estrategias pedagógicas orientadas al aprendizaje significativo, tales como lenguaje sencillo, ejemplos clínicos cotidianos, preguntas dirigidas, verificación de comprensión y reforzamiento de mensajes clave. Como material de apoyo se emplearon presentaciones breves, láminas ilustrativas y un folleto educativo impreso, entregado a cada participante al inicio del programa.

Los contenidos abordados en cada sesión fueron los siguientes:

Sesión 1. Conocimiento de la enfermedad

Definición de insuficiencia cardíaca, causas, síntomas principales, evolución de la enfermedad y objetivos del tratamiento. Se enfatizó la importancia del rol activo del paciente en el autocuidado.

Sesión 2. Tratamiento farmacológico

Importancia de la adherencia a la medicación, tipos de

fármacos utilizados en la insuficiencia cardíaca, horarios, dosis, manejo de olvidos, efectos adversos frecuentes y consecuencias del incumplimiento terapéutico.

Sesión 3. Signos de alarma y prevención de descompensaciones

Identificación precoz de signos y síntomas de alarma (disnea, edema, aumento de peso, fatiga), conducta a seguir ante su aparición y cuándo acudir a los servicios de salud.

Sesión 4. Alimentación saludable y control hídrico

Recomendaciones dietéticas generales, restricción de sodio, control de líquidos, lectura de etiquetas nutricionales y ejemplos prácticos de alimentación saludable adaptada al contexto local.

Sesión 5. Actividad física y autocuidado integral

Beneficios de la actividad física en la insuficiencia cardíaca, recomendaciones generales de ejercicio seguro, descanso, hábitos saludables y refuerzo global de los contenidos previos.

Al finalizar la quinta sesión, se realizó una evaluación posintervención, aplicándose nuevamente la prueba de Morisky-Green y el MLHFQ. Asimismo, se aplicó una encuesta estructurada para evaluar la satisfacción del paciente con el programa educativo y la atención de enfermería recibida. El número total de sesiones completadas por cada paciente fue registrado en el aplicativo ENFERMSOFT como parte del seguimiento clínico.

Esta estructura permitió una intervención estandarizada, reproducible y centrada en el paciente, orientada a fortalecer el conocimiento, la adherencia terapéutica y el autocuidado en personas con insuficiencia cardíaca.

Aspectos éticos

El estudio se realizó conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), con código de aprobación 0016/2025-CIEI. Todos los participantes recibieron información detallada sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio y firmaron un consentimiento informado previo a su inclusión. Se garantizó la confidencialidad mediante la codificación de los datos y su almacenamiento en repositorios seguros. La participación fue voluntaria y los pacientes pudieron retirarse en cualquier momento sin repercusiones en su atención. El estudio no recibió financiación externa ni interna para su ejecución.

Análisis estadístico

Los datos fueron depurados en Microsoft Excel y analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 17. Se realizó estadística descriptiva, empleando frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Los resultados se presentan mediante tablas de distribución de frecuencias.

Para evaluar los cambios entre las mediciones basal y posterior a la intervención educativa, se aplicó la prueba de McNemar

para datos pareados con corrección de continuidad de Yates, con el objetivo de comparar proporciones en variables dicotómicas antes y después de la intervención.

En el caso de la calidad de vida evaluada mediante el MLHFQ, las cuatro categorías originales fueron dicotomizadas en «buena calidad de vida» y «no buena calidad de vida» para permitir el análisis pareado mediante la prueba de McNemar.

Resultados

Durante el periodo de estudio se evaluaron 42 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión; ninguno presentó criterios de exclusión al ingreso y todos otorgaron consentimiento informado. La muestra estuvo conformada predominantemente por pacientes de sexo masculino (73,8%), con una edad media de 62,5 años. En cuanto a las características sociodemográficas, predominaron los estados civiles de soltero y casado, así como los niveles educativos primario y secundario. Desde el punto de vista clínico, la mayoría de los participantes presentó fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida (100%), con un promedio de 26,1%, siendo la etiología isquémica la causa más frecuente de insuficiencia cardíaca y la clase funcional NYHA II la predominante (**Tabla 1**).

Adherencia terapéutica basal y posterior a la intervención educativa

En la evaluación basal, 20 pacientes (47,6%) fueron clasificados como adherentes y 22 (52,4%) como no adherentes según la prueba de Morisky-Green. Tras la intervención educativa, la proporción de pacientes adherentes aumentó a 35 (83,3%), mientras que 7 (16,7%) fueron clasificados como no adherentes. El análisis pareado mediante la prueba de McNemar con corrección de continuidad de Yates evidenció una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$) entre la evaluación basal y la posterior a la intervención.

La matriz de transición de la adherencia terapéutica mostró que 18 pacientes cambiaron de no adherentes a adherentes y 3 pacientes cambiaron de adherentes a no adherentes tras la intervención educativa. La comparación pre y posintervención evidenció una diferencia estadísticamente significativa (prueba de McNemar, $p=0,001$).

Calidad de vida

En la evaluación basal, las categorías de calidad de vida según el MLHFQ fueron: buena en 11 pacientes (26,2%), moderada en 13 (31,0%), deficiente en 15 (35,7%) y mala en 3 (7,1%). Posterior a la intervención educativa, las categorías fueron: buena en 29 pacientes (69,1%), moderada en 9 (21,4%) y deficiente en 4 (9,5%); no se registraron pacientes en la categoría mala (**Tabla 2**).

Para el análisis inferencial, las categorías del MLHFQ fueron dicotomizadas en «buena calidad de vida» y «no buena calidad de vida». De los 42 pacientes evaluados, 27 (64,2%) mejoraron

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Masculino	31	73,8
	Femenino	11	26,2
Edad	Media (rango)	62 (29–101)	-
Estado civil	Soltero	22	52,4
	Casado	18	42,9
	Divorciado	2	4,8
Nivel educativo	Primaria	17	40,5
	Secundaria	15	35,7
	Técnico	2	4,8
	Universitaria incompleta	5	11,9
	Universitaria completa	3	7,1
FEVI	Media (rango)	26 (11–44)	0
Etiología	Isquémica	19	45,2
	Valvular	2	4,8
	Idiopática	0	0,0
	Hipertrofia	6	14,3
	Hereditaria	1	2,4
	CMDNI	7	16,7
	Otro	5	11,9
Clase funcional NYHA	I	3	7,1
	II	32	76,2
	III	7	16,7
	IV	0	0,0
Dispositivos	Ninguno	25	59,5
	DAI	13	30,9
	RSC	2	4,8
	MCP	2	4,8

Nota: los datos se presentan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%), calculados sobre el total de participantes (n = 42).

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. **CMDNI:** cardiomiopatía dilatada no isquémica. **NYHA:** New York Heart Association. **DAI:** desfibrilador automático implantable. **RSC:** resincronizador cardíaco. **MCP:** marcapasos.

su categoría de calidad de vida, 13 (31,0%) permanecieron sin cambios y 2 (4,8%) empeoraron. La prueba de McNemar con corrección de continuidad de Yates evidenció una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$).

Relación entre sesiones educativas y adherencia

Los cambios en la adherencia terapéutica descritos anteriormente corresponden a la comparación entre la primera (evaluación basal) y la quinta sesión educativa (evaluación posterior).

Tabla 2. Calidad de vida basal y posterior a la intervención educativa según MLHFQ.

Categoría (MLHFQ)	Basal n(%)	Posintervención n(%)
Buena	11 (26,2%)	29 (69,1%)
Moderada	13 (31,0%)	9 (21,4%)
Deficiente	15 (35,7%)	4 (9,5%)
Mala	3 (7,1%)	0 (0,0%)
Total	42 (100%)	42 (100%)

MLHFQ: Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

Nivel de satisfacción del paciente

Al finalizar el programa educativo, el 100% de los pacientes reportó un nivel de alta satisfacción con la atención recibida.

En la evaluación de los componentes de la atención, el 59,5% calificó la amabilidad y el respeto como «excelente». Asimismo, el 69,1% de los pacientes calificó la claridad de las explicaciones sobre su enfermedad y tratamiento como «excelente»; respecto a la disposición para responder dudas e inquietudes, el 54,8% calificó la atención como «excelente», el 42,8% como «buena» y el 2,4% como «regular» (**Tabla 3**).

Discusión

El presente estudio demuestra que un programa educativo estructurado liderado por enfermería mejora significativamente la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. La adherencia aumentó del 47,6% al 83,3% y se evidenció un desplazamiento hacia categorías superiores del MLHFQ, sin casos de mala calidad de vida al finalizar la intervención. Estos hallazgos responden al objetivo planteado y confirman la efectividad clínica de la estrategia educativa.

Los resultados son consistentes con la literatura internacional y regional. Eimer *et al.* y Oscalices *et al.* documentaron mejoras en la adherencia mediante intervenciones educativas y seguimiento estructurado^(20,21), mientras que García *et al.* evidenciaron beneficios incluso en pacientes con bajo nivel educativo⁽¹²⁾. Sin embargo, la magnitud del efecto observada en nuestra cohorte fue superior a la reportada en algunos estudios, lo que podría explicarse por la modalidad presencial, la secuencia semanal estructurada y la participación activa de familiares, factores que la evidencia reconoce como determinantes en la consolidación del autocuidado^(15,17). Asimismo, la asociación entre mayor adherencia y mejor calidad de vida coincide con lo descrito por Huamán y por Salazar y Amesquita (22,23), reforzando la interdependencia entre cumplimiento terapéutico y bienestar percibido.

Las características sociodemográficas adquieren especial relevancia en la interpretación de los resultados. La predominancia de pacientes con nivel educativo primario y secundario sugiere que intervenciones educativas estructuradas, con lenguaje claro y estrategias participativas, pueden mitigar barreras asociadas al menor nivel de instrucción. Esto respalda que el bajo nivel educativo no constituye un obstáculo insuperable cuando el proceso formativo es sistemático y centrado en el paciente. Además, la edad promedio y la elevada proporción de pacientes con fracción de eyección severamente reducida reflejan una población clínicamente vulnerable, lo que otorga mayor relevancia clínica a los beneficios observados.

Desde una perspectiva asistencial, los resultados evidencian el rol estratégico de la enfermería en el manejo integral de la insuficiencia cardíaca. La educación terapéutica liderada por enfermería constituye una intervención clínica basada en evidencia, capaz de modificar conductas, fortalecer el autocuidado y mejorar resultados en salud. La continuidad asistencial, la comunicación terapéutica y el acompañamiento longitudinal, inherentes al cuidado enfermero, favorecen la adherencia sostenida en enfermedades crónicas complejas⁽¹⁴⁾. La satisfacción reportada por el 100% de los participantes refuerza la aceptación y viabilidad del programa.

Entre las principales limitaciones, se reconoce que el tiempo de aplicación de los instrumentos fue corto, lo que pudo influir en los resultados, considerando que las intervenciones educativas suelen generar efectos favorables inmediatos que no necesariamente se mantienen a largo plazo. Asimismo, la evaluación de la adherencia se centró únicamente en el tratamiento farmacológico, sin incluir componentes no farmacológicos relevantes del autocuidado en la insuficiencia cardíaca. Finalmente, el diseño cuasiexperimental sin grupo control y el muestreo por conveniencia limitan la generalización de los hallazgos. No obstante, el análisis pareado pre-post, la magnitud del cambio y la aplicación homogénea del protocolo fortalecen la consistencia interna. El uso de instrumentos de autoinforme podría introducir sesgo de deseabilidad social, aunque se emplearon herramientas validadas y ampliamente utilizadas en investigación clínica.

Tabla 3. Satisfacción según componentes de la atención de enfermería.

Componente evaluado	Categoría	n	%
Amabilidad y respeto	Excelente	25	59,5%
	Buena	17	40,5%
	Regular	0	0,0%
Claridad de la información	Excelente	29	69,1%
	Buena	13	30,9%
	Regular	0	0,0%
Disposición para resolver dudas	Excelente	23	54,8%
	Buena	18	42,8%
	Regular	1	2,4%

En conclusión, el programa educativo estructurado liderado por enfermería mejoró de manera significativa la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes, con avances relevantes en conductas relacionadas con la toma de medicación y un alto nivel de satisfacción. Estos hallazgos respaldan la importancia estratégica de la enfermería en la educación sanitaria y en el acompañamiento terapéutico continuo. Se recomienda institucionalizar el programa dentro del INCOR, promover su expansión a otros niveles de atención, complementarlo con herramientas tecnológicas como ENFERMSOFT, fomentar la participación familiar y desarrollar estudios multicéntricos con seguimiento prolongado que evalúen su impacto en eventos clínicos mayores y su incorporación en políticas y guías clínicas basadas en evidencia.

Contribución de los autores

RDBG, RGGP: conceptualización, metodología, software. **MMTG, RDBG:** curación de datos, redacción- preparación del borrador original. **BBLA:** visualización, investigación. **RGGP:** software, validación. **GFQP, RDBG:** escritura, revisión y edición.

Agradecimiento

Agradecemos al Instituto Nacional Cardiovascular «Carlos Alberto Peschiera Carrillo» – INCOR EsSalud, por el respaldo institucional, al equipo de enfermería en falla cardíaca por su dedicación y compromiso en la implementación del programa educativo, y a los pacientes por su valiosa participación en este estudio.

Referencias bibliográficas

- McMurray JJV, Packer M. How Should We Sequence the Treatments for Heart Failure and a Reduced Ejection Fraction?: A Redefinition of Evidence-Based Medicine. *Circulation*. 2021;143(9):875-877. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.052926.
- Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 19 Mar 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
- Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57(2):163-170. doi: 10.1157/13057268.
- Ocampo JL. Manejo de la insuficiencia cardíaca. *Rev Med Hered* [Internet]. 1993 [citado 19 Mar 2026];4(3). Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/425>
- Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 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. *Circulation*. 2022;145(18):e895-e1032. doi: 10.1161/CIR.0000000000001063.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [citado 21 Mar 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
- Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm*. 2018;59(4):251-258. doi: 10.30827/ars.v59i4.7357.
- Van Bulck L, Luyckx K, Goossens E, Oris L, Moons P. Illness identity: Capturing the influence of illness on the person's sense of self. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2019;18(1):4-6. doi: 10.1177/1474515118811960.
- Wu JR, Moser DK, Lennie TA, Burkhart PV. Medication adherence in patients with heart failure: a review of the literature. *Nurs Clin North Am*. 2008;43(1):133-153. doi: 10.1016/j.cnur.2007.10.006.
- Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 2009;119(23):3028-3035. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986.
- Hartigan C, Rainville J, Sobel JB, Hipona M. Long-term exercise adherence after intensive rehabilitation for chronic low back pain. *Med Sci Sports Exerc*. 2000;32(3):551-557. doi: 10.1097/00005768-200003000-00001.
- Betancur Manrique Y, García Muñoz X. Efecto de un plan de alta en los pacientes con falla cardíaca de enero a noviembre de 2019 en Bogotá [Tesis en Internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2019 [cited 2025 Feb 19]. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/46190>
- Haynes RB, McDonald HP, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.
- Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, et al. Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(9):e006997. doi: 10.1161/JAHA.117.006997.
- Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.
- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-354. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
- Achury DM, Restrepo L, Munar K, Rodríguez I, Cely MC, Abril N, et al. Efecto de un programa de paciente experto en insuficiencia cardíaca. *Enferm Glob*. 2019;19(1):479-506. doi: eglobal.19.1.361801.
- López Moyano G, Durán Torralbo C, Rus Mansilla C. Influencia de la educación sanitaria impartida por enfermería en una unidad de insuficiencia cardíaca. *Enferm Cardiol*. 2015;(66):43-47.
- Giraldo Agredo ICG. Efecto de un plan educativo sobre el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardíaca de la ciudad de Bogotá [Tesis en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009 [cited 2025 Feb 19]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/items/3960fc68-a197-405f-9c48-4d6f7548e4ed>
- Eimer S, Mahmoodi-Shan GR, Abdollahi AA. The effect of self-care education on adherence to treatment in elderly patients with heart failure: a randomized clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2023;28(5):610-615. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_315_20.
- Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA. Discharge guidance and telephone follow-up in

- the therapeutic adherence of heart failure: randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3159. doi: 10.1590/1518-8345.2484.3159.
22. Huamán A. Asociación entre el cumplimiento y adherencia al tratamiento con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *Enfermería en Cardiología*. 2019;26(78):74-81.
23. Salazar K, Amesquita A. Efectividad de la intervención educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2016 [cited 2025 Feb 19]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/items/941283de-c7ab-442c-9c02-4051f02195a6>